Asl5
Sistema Sanitario Regione Liguria

Sistema Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Socio-sanitaria Ligure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione della corruzione

ALLEGATO "A"

PIANO TRIENNALE

DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

PTPC

Aggiornamento 2020 - 2021 -2022

La Spezia, 28 gennaio 2020

INDICE

ART.1 PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE:PROCESSO DI ADOZIONE E SUO AGGIORNAMENTO Pag.4/7

ART.2 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E AZIENDALE Pag.7/22

ART. 3 - OGGETTO/ FINALITA' DEL PIANO:DEFINIZIONE DI CORRUZIONE:OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI Pag.22/25

ART. 4:ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE DINMICHE SOCIO-TERRITORIALI E DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE Pag.25/32

ART. 5 :COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE Pag.32/37

ART. 6 - SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE CORRUZIONE Pag.37/56
- 6.1)Autorità di Indirizzo Politico
- 6.2) Responsabile della Prevenzione Corruzione
- 6.3)Referenti per la Prevenzione
- 6.4)Dipendenti/Posiz.Organiz./Dirigenti
- 6.5)Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
- 6.6)Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)
- 6.7)Collaboratori a qualsiasi titolo
- 6.8) Rasa e Gestore Antiriciclaggio

ART. 7 :OBBLIGHI DI CONOSCENZA Pag.56

ART.8 : PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO Pag.56/60

ART.9 MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE Pag.60/61

ART.10:METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ART.5 PNA) Pag.61/65

ART.11:AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE (INDIVIDUATE NEL PNA) Pag.65/67

ART.12:AREE DI RISCHIO GENERALI PER LA SANITA' (DETERMINA ANAC N.12/2015) Pag.67

ART.13:AREE DI RISCHIO SPECIFICHE/ULTERIORI PER ASL 5 Pag.67/69

ART.14: MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO Pag.69

ART. 15 - MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : ROTAZIONE Pag.70/76

ART. 16:MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO CONFLITTO INTERESSI Pag.76/79

ART. 17 :MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : CONFERIMENTO/AUTORIZ. INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI Pag.79/80

ART. 18: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI Pag.80/82

ART. 19: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI Pag.82/84

ART.20: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL SERVIZIO *PANTOUFLAGE* Pag.84/86

ART.21: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : DIVIETO DI INCARICHI DIRIGENZIALI, DI STUDIO E CONSULENZA A SOGGETTI IN QUIESCENZA Pag.87/88

ART. 22: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : FORMAZIONE DI COMMISSIONI,ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. Pag.89/91

ART. 23: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALA UN ILLECITO Pag.91/97

ART. 24: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : FORMAZIONE DEL PERSONALE Pag.97/100

ART.25: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI Pag100/102

ART.26: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO :AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE Pag102

ART.27: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : MONITORAGGIO TEMPI DEI PROCEDIMENTI Pag102/103

ART.28: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : MONITORAGGIO RAPPORTI AZIENDA E SOGGETTI ESTERNI Pag.103

ART.29: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : CODICE DI COMPORTAMENTO Pag104/106

ART.30: MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO : TRASPARENZA Pag106/109

ART.31: MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO ULTERIORI (SPECIFICHE E GENERALI) Pag109/110

ART.32:-RESPONSABILITA' E SANZIONI Pag110/112

ART. 33: NORME FINALI /ALLEGATI Pag112/113

ALLEGATO n. 1): "REGISTRO RISCHI" con mappatura rischi e misure al 31.12.2019

ALLEGATO n 2): SCADENZIARIO OBBLIGHI per applicazione misure di prevenzione corruzione (generali e specifiche) e OBBLIGHI di TRASPARENZA anno 2020

ALLEGATO n. 3): "Linee guida sulla rotazione del Personale"

ALLEGATO n. 4): "Scheda di approfondimento sul conflitto di interessi in ambito sanitario"

ALLEGATO n. 5): "Approfondimento delle misure di prevenzione a carattere generale"

ALLEGATO n. 6): "Individuazione indicatori di monitoraggio delle misure di prevenzione a carattere generale "

ALLEGATO n. 7):

- **n. 7/A:** N. 2 MONITORAGGI SEMESTRALI (al 30.06.2019 e al 31.12.2019) SU ATTUAZIONE MISURE PREVENZIONE CORRUZIONE anno 2019
- **n. 7/B** :RELAZIONE ANNUALE ANTICORRUZIONE PER ANAC - ANNO 2019

ALLEGATO N.8:PIANO TRIENNALE TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) 2020-2021-2022

- **n. 8/A**: TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
- **n. 8/B:** N. 2 MONITORAGGI SEMESTRALI (al 30.06.2019 e 31.12.2019) SU ATTUAZIONE OBBLIGHI TRASPARENZA anno 2019.

(Articolo 1)
PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE (PTPC):PROCESSO DI ADOZIONE E SUO AGGIORNAMENTO

Il presente documento costituisce il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza** dell'ASL 5 , documento programmatico adottato in attuazione della Legge 6 novembre 2012 n. 190 (di seguito Legge 190/2012) avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A.".

L'ASL 5 riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della *mission* aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti basato su:

1. "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, e sul "Codice di comportamento aziendale" adottato ai sensi dell'art. 54 d.lgs. 165/2001 e della delibera CIVIT n. 75/2013, con deliberazione aziendale n. 65 del 29.01.2014 e aggiornato a seguito delle linee guida ANAC (Determina n. 358 del 29.03.2017) con deliberazione aziendale n. 1155 del 20.12.2017;
2. Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 in materia di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" come modificato da D.Lgsl. n. 97 del 25.05.2016 (FOIA);
3. Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi;
4. Piano Nazionale Anticorruzione approvato con la citata delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013 e suo aggiornamento 2015 di cui alla Determina ANAC n. 12 del 28.10.2015;
5. Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2016 approvato con del. ANAC n. 831 del 3.08.2016;
6. Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2017 approvato con del. ANAC n. 1208 del 22.11.2017
7. Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2018 approvato con del. ANAC n. 1074 del 21.11.2018
8. Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2019 approvato con del. ANAC n. 1064 del 13.11.2019

L''Azienda adempie al dettato normativo di cui all'art. 1,comma 8, della legge 190/2012, che prevede **l'aggiornamento annuale del piano**, mediante l'approvazione del presente Piano riferito **al triennio 2020-2022** nel quale sono indicati i progetti e le iniziative che l'Azienda intende perseguire relativamente al periodo 2020-2022 con lo scopo del miglioramento della qualità delle misure di prevenzione già in atto.

I precedenti PTPC dell'ASL 5 sono i seguenti:

- PTPC triennio 2013-2015 approvato con delib. n.67 del 30.01.2014
- PTPC triennio 2015-2017 approvato con delib. n. 105 del 05.02.2015
- PTPCT triennio 2016-2018 approvato con delib. n. 92 del 29.01.2016

- PTPC/ triennio 2017-2019 approvato con delib. n. 77 del 31.01.2017
- PTPC/ triennio 2018-2020 approvato con delib. n. 47 del 31.01.2018
- PTPC/ triennio 2019-2021 approvato con delib. n. 55 del 31.01.2019

Il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza è adottato, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale, quale organo amministrativo di vertice, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

L'adozione del Piano e i suoi aggiornamenti saranno pubblicati sul sito web aziendale senza obbligo di trasmissione ad ANAC o a Dipartimento Funzione Pubblica (Determina ANAC n. 12/2015 e delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016 " Linee guida sull'attuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza dopo il D.Lgsl. 97/2016) nei link sottoindicati:

- Sezione Amministrazione Trasparente
- Altri contenuti
- Prevenzione della Corruzione .

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, come meglio precisato nei paragrafi successivi, è affidato il compito di predisporre, aggiornare e vigilare sul suo funzionamento e sulla sua osservanza, avvalendosi, a detti fini, della collaborazione dei Referenti delle macro-aree e delle strutture di supporto.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, **entro il 31 gennaio di ogni anno**, con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Referenti, dai Responsabili di struttura e da tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio. Il Comunicato Presidente ANAC del 16 marzo 2018 ed il PNA 2019 ribadiscono l'obbligatorietà dell'aggiornamento annuale del Piano (che include anche la Sezione della Trasparenza) entro il 31 gennaio di ogni anno. Pertanto annualmente dovrà essere adottato un **nuovo completo PTCP**. Detto obbligo è sanzionato da ANAC ai sensi dell'art. 19, comma 5, del D.L. 24 giugno 2014 n. 90.

L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi interni;
- emersione di nuovi rischi;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA. In particolare il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 approvato da ANAC con delibera n. 1064 del 13.11.2019. Il PNA costituisce atto di indirizzo per le PP.AA. e per tutti gli altri soggetti tenuti all'applicazione della normativa anticorruzione ed è volto a favorire il rispetto sostanziale delle norme pur lasciando ad ogni singola amministrazione la scelta delle misure più appropriate per adattare, ad ogni specifico contesto, l'attuazione delle misure indicate nel PNA e per porre in essere qualsiasi altro presidio ritenuto idoneo a prevenire e reprimere i fenomeni corruttivi. Le misure indicate da ANAC hanno valenza esemplificativa e hanno lo scopo di supportare gli Enti nell'individuazione degli strumenti di prevenzione della corruzione più idonei per ogni singola realtà organizzativa.

Il Piano di ASL 5 2020-2022, in particolare, tiene conto dei seguenti fattori:

- nuove indicazioni fornite dall'ANAC, con delibere, determine, comunicati emanati nel 2019;
- esito del monitoraggio semestrale sull'attuazione del Piano anticorruzione 2019 e sul monitoraggio degli obblighi di pubblicazione;
- rivalutazione dei rischi alla luce delle misure di prevenzione introdotte negli anni precedenti, delle criticità e proposte formulate dai Responsabili di struttura e dai Referenti delle macro-aree e delle indicazioni contenute nel **PNA 2016/2017/2018/2019** in relazione alle specifiche e ulteriori aree di rischio individuate in particolare nel settore Contratti pubblici e Sanità.

Considerato che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, il presente Piano costituisce uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati anche in relazione al *feedback* ottenuto dalla sua applicazione e all'evoluzione organizzativa.

Questo documento rappresenta, sulla scorta dell'esperienza consolidatasi negli anni passati, uno step di un processo destinato a costante sviluppo e progressivo ampliamento sulla scorta delle analisi che saranno condotte in collaborazione tra il responsabile dell'anticorruzione , i Direttori/responsabili di strutture e i referenti per l'anticorruzione nonché a seguito delle verifiche e monitoraggi che verranno eseguiti. Scopo di tali interventi è di pervenire all'accurata e complessiva valutazione del livello di esposizione al rischio degli uffici e delle strutture aziendali nella loro totalità e prevenire efficacemente, impedire e contrastare (mediante l'adozione di idonee misure) il verificarsi di fenomeni di corruzione in Azienda.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti di cui all'art.6 del presente piano secondo le modalità e i compiti ivi indicati e le procedure evidenziate nell'allegato Registro rischi relativamente all'attuazione e al monitoraggio. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione(individuati nell'art.6) compresi gli stakeholders interni ed esterni .

L'aggiornamento del PNA 2017 (delibera n. 1208 del 22 novembre 2017) auspica nel processo di approvazione del Piano il sistema del "doppio passaggio" secondo cui dovrebbe essere approvato un primo schema di carattere generale di PTPCT e successivamente di quello definitivo con il coinvolgimento diretto degli organi di indirizzo politico, degli uffici interni e degli stakeholders interni ed esterni

In questa ottica, prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento dovrà essere pubblicato sul sito Internet e Intranet apposito avviso (da inviare anche a Direzione aziendale, responsabili delle strutture interne , OO.SS e altri stakeholders) al fine di raccogliere suggerimenti e proposte .Tale previsione è stata adempiuta con pubblicazione di avviso agli stakeholders , Prot.Ant. n.11/2019 **dal 27 Novembre 2019 al 10 Gennaio 2020 e invio di comunicazione alle OO.SS. interne** .

Sulla base delle eventuali proposte pervenute da tutti i soggetti interni ed esterni

, il RPCT elabora la bozza di piano che viene inviata e condivisa con la Direzione Aziendale prima della formale approvazione . La direzione aziendale può richiedere chiarimenti, avanzare proposte e suggerimenti. Se il RPCT non ritiene di recepirli ne deve dare espressa motivazione nel piano.

Una volta validata dalla Direzione aziendale la bozza del piano, il RPCT predispone gli atti idonei, propedeutici all'approvazione con delibera del Direttore Generale e appena approvato lo inoltra all'OIV per la verifica con gli obiettivi del piano della Performance (art. 44, comma 1 D.Lgsl. 33/2013) e a tutte le strutture Aziendali oltre a provvedere alla pubblicazione entro un mese (linee guida ANAC del 28.12.2016 par.2) sul sito "Amministrazione trasparente". Se i tempi lo consentono è auspicabile che il Piano venga inviato in bozza in via preventiva a OIV .

Il presente piano è composto **dall'ALLEGATO n. 8** relativo al **Programma Triennale della Trasparenza e dell'integrità** previsto dal D.Lgsl. n. 33/2013 (come modificato da FOIA), ed è integrato con il **Nuovo Codice di comportamento Aziendale** (approvato con delib. n. 1155 del 20.12.2017), la cui adozione è prevista dalla Legge n. 190/2012 e dal Dpr.n. 62/2013, con il **Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali svolti dal personale dipendente** (approvato con deliberazione n. 66 del 29.01.2014), con **il Piano della Performance Aggiornamento 2019** (Delib. n. 518 del 04.07.2019), con la **Relazione Performance 2018** (Delib. n. 519 del 04.07.2019), con **il Regolamento per gestione dei conflitti di interesse** (Delib. n. 32 del 19.01.2018, con **i Codici Disciplinari (Comparto, Medici, Dirigenza e SUMAI** (approvati con Delib. n. 842 del 12.11.2018) e con **l'Approvazione degli Obiettivi di Budget 2019** (Delib. n. 483 del 24.06.2019). Tutti i citati documenti sono pubblicati sul sito aziendale.

Esso è stato elaborato in conformità con la **Determina ANAC n. 12 del 28.10.2015** relativa all'aggiornamento 2015 del PNA , con **la Delibera ANAC n. 831 del 3.08.2016** relativa all'aggiornamento 2016 del PNA, con **la Delibera ANAC n. 1208 del 22.11.2017** relativa all'aggiornamento 2017 del PNA, con **la Delibera ANAC n. 1074 del 21.11.2018** relativa all'aggiornamento 2018 del PNA e con **la Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019** relativa all'aggiornamento 2019 del PNA

(Articolo 2)
QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E AZIENDALE

La normativa di riferimento si articola su un duplice livello: **NAZIONALE e AZIENDALE**:

CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE

ANNI 2012-2015

- **Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009** "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
- **Delibera CIVIT n. 105/2010** "Linee guida per la predisposizione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità"
- **Legge 6 novembre 2012, n.190** " Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- **Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità** e di divieto di rico-

prire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190, approvato con il **D.Lgsl. 31.12.2012 n. 235;**

- **Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** - Dipartimento della Funzione Pubblica "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- **Circolare n. 2 del 19.07.2013 del D.F.P.** avente ad oggetto:" D.Lgsl. n. 33 del 2013- attuazione della Trasparenza"
- **Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62**: "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- **Delibera CIVIT n. 75/2013** "Linee guida in materia di codici di comportamento delle Amministrazioni pubbliche (art. 54,comma 5, D.Lgsl.165/01)"
- **Piano Nazionale Anticorruzione**, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con **delibera n.72/2013**
- **Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;"** Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni "
- **Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n.39 "**Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico" ;
- **Delibera CIVIT n. 50/2013 "**Linee guida per l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016"
- **Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio** dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza, dei codici di comportamento" adottato **dall'A.N.A.C. il 9 settembre 2014;**
- **Delibera ANAC n. 149 del 22.12.2014** "interpretazione ed applicazione del D.Lgsl. n. 39/2013 nel settore sanitario"
- **Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali**": provvedimento n. **243 del 15.5.2014** "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi ,effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul Web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati"
- **Delibera ANAC n. 148/2014** "Attestazione da parte dell'OIV sull'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione e attività di vigilanza e controllo della Commissione
- **Decreto Legge 24 giugno 2014 n. 90**, recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari", convertito con modificazioni **nella Legge 114/2014**, che ha disposto il trasferimento all'A.N.A.C. delle funzioni attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, commi 4, 5 e 8 della Legge 190/2012, e in materia di trasparenza di cui all'art. 48 del d.lgs. 33/2013;
- **Legge 27.05.2015 n.** 69 "Disposizioni in materia di delitti contro la P.A. di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio"
- **Legge 07.08.2015 n. 124** "Deleghe al governo in materia di riorganizzazione delle PP.AA."
- **Delibera ANAC n. 1 del 09.01.2015 sostituita da Delibera ANAC n. 8 del 21.01.2015** " Interpretazione e applicazione del D.Lgsl. n.39/2013",

- **Delibera ANAC n. 10 del 21.01.2015** " Individuazione dell'autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza"
- **Linee guida ANAC del 29.01.2015** per l'applicazione delle misure straordinarie di gestione, sostegno e monitoraggio di imprese nell'ambito della prevenzione anticorruzione e antimafia;
- **Determina ANAC n. 1 dell'8.01.2015** "criteri interpretativi in ordine alle disposizioni dell'art. 38, comma 2 bis e dell'art. 46,comma 1 ter, del D.Lgsl. n.163/2006"
- **Determina ANAC n. 3 del 25.02.2015** "rapporto tra stazione unica appaltante e soggetto aggregatore (centrale unica di committenza):prime indicazioni interpretative sugli obblighi di cui all'art. 33 , comma 3 bis, D.Lgsl. n. 163/2006
- **Determina ANAC n. 6 del 28.04.2015** "Linee guida in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti (c.d whistleblower)
- **Determina ANAC n. 7 del 28.04.2015** "Linee guida per l'affidamento dei servizi di manutenzione degli immobili"
- **Determina ANAC n. 8 del 28.04.2015** "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici";
- **Determina ANAC n. 10 del 23.09.2015** "Linee guida per l'affidamento delle concessioni di lavori pubblici e di servizi ai sensi dell'art. 153 del D.Lgsl. n. 163/2006"
- **Determina ANAC n. 11 del 23.09.2015** " Ulteriori indirizzi interpretativi sugli adempimenti ex art. 33, comma 3 bis, del D.Lgsl. n. 163/2006";
- "**Determina ANAC n. 12 del 28.10.2015** "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione "
- **Determina ANAC n. 13 del 10.12.2015** "Indicazioni interpretative concernenti le modifiche apportate alla disciplina dell'arbitrato nei contratti pubblici dalla legge n. 190/2012";
- **Comunicati del Presidente ANAC** del 18.02.2015, del del 24.02.2015,del 17.03.2015, del 25.03.2015, del 16.04.2015, del 28.04.2015, del 25.05.2015, del 4.6.2015 del 13.07. 2015
- **Relazione annuale ANAC al Parlamento** relativa ad anno 2014 presentata il 2.07.2015;
- **Rapporto sullo stato di attuazione** e la qualità dei piani triennali di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche 2015-2017;
- **Primo rapporto sullo stato di attuazione** delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità (AGENAS-LIBERA) - anno 2015
- **Legge n. 208 del 30.12.2015 (Legge di stabilità 2016) art. 1 commi 522 e 523.**

ANNO 2016

- **Nuovo codice degli appalti e delle concessioni** (D.Lgsl. n.50 del 18.04.2016)
- **Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali** operativo dal 25.05. 2018
- **Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97,(FOIA)** recante disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi

dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

- **Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105 in materia di misurazione e valutazione della performance**
  Il Regolamento disciplina le funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica (Dfp) rispetto al ciclo delle performance e all'operato degli Organismi Indipendenti di Valutazione (Oiv).
- **Decreto legislativo 20 giugno 2016, n. 116, in materia di licenziamento disciplinare**
  Il decreto legislativo n. 116 del 20 giugno 2016, recante modifiche all'articolo 55-quater del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, in materia di licenziamento disciplinare, è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 28/6/2016.
  Le novità in materia di licenziamento disciplinare per assenteismo nella Pubblica Amministrazione puntano a colpire duramente la falsa attestazione della presenza in servizio accertata in flagranza ovvero mediante strumenti di sorveglianza o di registrazione degli accessi o delle presenze ed a responsabilizzare maggiormente i dirigenti. Il decreto legislativo prevede maggiori responsabilità per i dirigenti, tempi del procedimento disciplinare più celeri e la possibilità di condannare il dipendente al risarcimento del danno all'immagine della PA.
- **Decreto Legislativo 26 agosto 2016, n. 179** che prevede modifiche ed integrazioni al Codice dell'amministrazione digitale, di cui al D.Lgs. 82/2005, ai sensi dell'art. 1 della L. 124/2015;
- **Regolamento UE 910/2014 sull'identità digitale (EIDAS)** (electronic IDentification Authentication and Signature) del Parlamento e del Consiglio europeo, emanato il 23 luglio 2014, e applicato a partire dal **1 luglio 2016**
- **Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari**
  L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, con delibera n. 26096 del 6 luglio 2016, approva il nuovo Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, il quale identifica le tipologie di dati sensibili e giudiziari e le operazioni eseguibili da parte della medesima Autorità nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali (in attuazione degli artt. 20, comma 2 e 21, comma 2, del D.Lgs. 196/2003).
- **Delibera ANAC n. 39 del 20/01/2016** con cui si forniscono indicazioni alle Amministrazioni pubbliche sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e trasmissione dei dati in formato aperto, ai sensi dell'art. 1 comma 32 Legge 190/2012. In particolare, tra i vari obblighi di pubblicazione indicati dall'art. 1, comma 32 della Legge 190/2012, figura anche "l'importo delle somme liquidate".
- **Comunicato ANAC del 17 febbraio 2016** relativo all'obbligo di trasmissione all'A.N.A.C. delle varianti in corso d'opera ex art. 37, c.1, D.L. 90/2014.
- **Comunicato ANAC del 28 aprile 2016** che fornisce alcune indicazioni relative all'applicazione del nuovo Codice degli Appalti e delle Concessioni (D.lgs 50/2016). Con tale documento, si precisa che l'attuazione delle disposizioni codicistiche è demandata all'emanazione di atti di indirizzo e di linee guida di carattere generale, da approvarsi con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti su proposta dell'A.N.A.C. e previo parere delle competenti commissioni parlamentari.
- **Comunicato ANACdel 13 maggio 2016** relativo alle linee guida aventi ad oggetto il procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della Corruzione. In particolare viene affrontato il tema dell'attività di verifica del Responsabile per la prevenzio-

ne della Corruzione sulle dichiarazioni concernenti la insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità e dell'attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.A.C. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

- **Rapporto ANAC del 22/06/2016** concernente il primo monitoraggio italiano sul whistleblowing ed il prototipo di una applicazione per la gestione delle segnalazioni di illeciti.
- **Relazione ANAC annuale 2015 (14 luglio 2016).** In questo documento sono riassunti gli obiettivi, le attività svolte ed i risultati ottenuti dall'Autorità nel corso del 2015.
- **Delibera n. 831 del Consiglio dell'Autorità (3 agosto 2016).** Tale atto ha per oggetto la determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- **Delibera n. 833 del Consiglio dell'Autorità (3 agosto 2016).** Tale atto ha per oggetto le linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e regola l'attività di vigilanza ed i poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.
- **Delibera n. 1005 del Consiglio dell'Autorità (21 settembre 2016).** Tale documento ha per oggetto le linee guida di attuazione del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 50/2016), recanti *"Offerta economicamente più vantaggiosa"*
- **Delibera n. 1096 del Consiglio dell'Autorità (26 ottobre 2016).** Tale documento ha per oggetto le linee guida di attuazione del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 50/2016), recanti *"Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni"*.
- **Delibera n. 1097 del Consiglio dell'Autorità (26 ottobre 2016).** Tale documento ha per oggetto le linee guida di attuazione del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 50/2016), recanti *"Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici"*.
- **Delibera n. 1190 del Consiglio dell'Autorità (16 novembre 2016).** Tale documento ha per oggetto le linee guida di attuazione del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 50/2016), recanti *"Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici"*.
- **Delibera n. 1204 del Consiglio dell'Autorità (23 novembre 2016).** Tale documento ha per oggetto i *"Prezzi di riferimento in ambito sanitario: servizio di ristorazione"*.
- **Delibera n. 1309 del Consiglio dell'Autorità (28 dicembre 2016).** *"Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 33/2013"*. In attuazione di quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 6, del D.Lgs. 33/2013 (introdotto dal D.Lgs. 97/2016), l'Autorità, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza unificata Stato, Regioni e Autonomie locali, adotta tali linee guida recanti indicazioni operative in merito alla definizione delle esclusioni e dei limiti previsti dalla legge all'accesso, da parte di chiunque, a dati, documenti ed informazioni detenuti dalle Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria (il c.d. accesso civico).

  La regola della generale accessibilità è dunque temperata dalla previsione di eccezioni (assolute e relative) poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune

informazioni. Scopo di tale documento è la chiara identificazione delle suddette eccezioni (previste dall'art. 5-bis, commi 1, 2 e 3, del D.Lgs. 33/2013), al fine di consentire una corretta applicazione del diritto di accesso civico.

•**Delibera n. 1310 del Consiglio dell'Autorità (28 dicembre 2016).** Tale documento ha per oggetto le *"Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016"*. Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, recante *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche"*, ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni ed i rapporti con i cittadini.

Tramite queste linee guida (ed il relativo allegato contenente una tabella ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013, come da ultimo modificato), l'Autorità intende fornire indicazioni alle Amministrazioni e agli enti ad esse assimilati in merito alle principali e più significative modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016.

•**Delibera n. 1388 del 14 Dicembre 2016** Atto di segnalazione al Governo e Parlamento:proposta di modifica dell'art. 14 ,comma 1, let.d, dell'art. 41, comma3 e dell'art. 47,comma3 del D.Lgsl. n.97/2016;

•**Legge regionale Liguria n.27 del 18.11.2016** "Modifiche alla legge regionale n. 41/2006 (Riordino del SSR) e alla **legge regionale n. 17 del 29.07.2016 (istitutiva di A.Ll.SA)** e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria

ANNO 2017

- **D.Lgsl. n. 75 del 25.05.2017** " Modifiche e integrazioni al d.Lgsl. 165/2001 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche
- **D.Lgsl. n. 90 del 25. 05.2017** " attuazione della Direttiva UE 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio...
- **Legge n. 179 del 30.11.2017** riforma della disciplina in materia di Whistleblowing
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2017-2019**

ANNO 2018

- **CCNL Comparto Sanità 2015-2018**
- **UIF (Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia): Provvedimento del 23.04.2018** "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle PP.AA."
- **Ministero della Salute: Decreto 10.08.2018: "**Documento di indirizzo per la stesura dei Capitolati di Gara per l'acquisizione di dispositivi medici"
- **Ministero delle Infrastrutture e Trasporti : Decreto7.03.2018 n. 49 Regolamento** " Approvazione Linee Guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del Direttore dei Lavori e del Direttore dell'Esecuzione"

- **Ministero delle Infrastrutture e Trasporti : Decreto 16.01.2018 n. 14** Regolamento recante schema tipo per la redazione e pubblicazione del programma triennnale dei lavori pubblici, del programma biennale per l'acquisizione di forniture e servizi e dei relativi elenchi annuali e aggiornamenti annuali
- **D.Lgs. n. 101 del 10.08.2018** " Decreto di armonizzazione Privacy"
- **Delibera Garante Privacy 11.10.2018** "Elenco tipologie trattamenti soggetti a valutazione d'impatto"

ANNO 2019

- **Legge n. 3 del 9 gennaio 2019** "misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione ..."
- **D.L. n. 32 del 18.04.2019 Decreto "Sbloccacantieri"** e approfondimenti ANAC del 17 maggio 2019
- **Decreto Legge 30.04 .2019 n. 34 "Decreto Crescita"** (convertito con mod. dalla L. n. 58 del 28.6.2019) "Misure urgenti di crescita economica e per la risoluzione di specifiche situazione di crisi"
- **Legge n. 56 del 19.06.2019 " Decreto Concretezza"** " Interventi per la concretezza delle azioni delle Pubbliche Amministrazioni e la Prevenzione dell'assenteismo"
- **D.L. n. 162 del 30.12.2019 Decreto "Milleproroghe"**

ANAC

- **Determinazione n. 358 del 29/03/2017**
  Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale
- **Determinazione n. 241 del 08/03/2017**
  Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016
- **Delibera numero 328 del 29/03/2017**
  concernente il "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari"
- **Delibera numero 329 del 29/03/2017**
  Concernente il "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33"
- **Delibera numero 330 del 29/03/2017**
  concernente il "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione"
- **Delibera numero 382 del 12/04/2017**
  Sospensione dell'efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14 co. 1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN
- **Determinazione n. 556 del 31/05/2017** :
  Determinazione n. 4 del 7/07/2011 recante Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136

- **Delibera numero 641 del 14/06/2017**
  Modificazione ed integrazione della Delibera n. 241 del 8 marzo 2017 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016."
- **Determinazione n. 1134 del 08/11/2017**
  Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici
- **Determinazione n. 1208 del 22/11/2017**
  Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione
- **Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 6 del 20/12/2017**
  Concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, contenuta nel d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016
- **Delibera numero 138 del 21/02/2018**
  Linee Guida n. 1- Indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria aggiornate al d.Lgs. n. 56 del 19/4/2017
- **Delibera numero 206 del 01/03/2018**
  Linee Guida n. 4 di attuazione del D. Legislativo 18 aprile 2016 n. 50 recanti "Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici". Approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1097 del 26 ottobre 2016 . Aggiornate al Decreto Legislativo 19 aprile 2017, n. 56 con delibera del consiglio n. 206 del 1 marzo 2018.
- **Delibera numero 264 del 01/03/2018**
  Regolamento concernente l'accessibilità dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici
- **Delibera numero 318 del 28/03/2018**
  Linee Guida n. 9 - Di attuazione del Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recanti "Monitoraggio delle Amministrazioni aggiudicatrici sull'attività dell'operatore economico nei contratti di partenariato pubblico privato"
- **Delibera numero 424 del 2/05/2018**
  Linee Guida n. 2 - Di attuazione del Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recanti " Offerta economicamente più vantaggiosa" Approvata dal Consiglio dell'Autorità con Delibera n. 1005, del 21 settembre 2016. Aggiornate al D.Lgs 19 aprile 2017 , n 56 con Delibera del Consiglio n. 424 del 2 maggio 2018.
- **Delibera numero 462 del 23/05/2018**
  Linee Guida n. 10 recanti "Affidamento del servizio di vigilanza privata" approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 462 del 23 maggio 2018.
- **Delibera numero 614 del 04/07/2018**
  Linee Guida n. 11 recanti "Indicazioni per la verifica del rispetto del limite di cui all'articolo 177, comma 1, del codice, da parte dei soggetti pubblici o privati titolari di concessioni di lavori , servizi pubblici o forniture già in essere alla data di entrata in vigore del codice non affidate con la formula della finanza di progetto ovvero con procedure di gara ad evidenza pubblica secondo il diritto dell'unione Europea"

- **Delibera numero 648 del 18/07/2018**
  Istruzioni Operative per l'iscrizione all'Albo nazionale obbligatorio dei commissari di gara e per l'estrazione dei commissari
- **Delibera numero 907 del 24/10/2018**
  Linee Guida n. 12 Affidamento dei servizi legali.
- **Delibera numero 1074 del 21/11/2018**
  Approvazione Definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione
- **Delibera numero 140 del 27/02/2019 Linee Guida n. 4 recanti:** "Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi degli operatori economici". Chiarimenti in materia di garanzia provvisoria e garanzia definitiva.
- **Delibera numero 164 del 27/02/2019** Modifica del Regolamento unico in materia di esercizio del potere sanzionatorio da parte dell'Autorità, ora disciplinato dall'art. 213, comma 13 , del DLgs 50/2016, con integrazione dell'art. 7 e 8 del citato Regolamento.
- **Delibera numero 206 del 13/03 /2019** Modifiche alla delibera n. 12196/2016 e s.m.i. recante : Riassetto organizzativo dell'Autorità Nazionale Anticorruzione a seguito dell'approvazione del Piano di riordino e delle nuove funzioni attribuite in materia di contratti pubblici e di prevenzione della corruzione e della trasparenza, e individuazione dei centri di responsabilità in base alla missione istituzionale dell'Autorità"
- **Delibera numero 215 del 26/03 /2019:** Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazine straordinaria
- **Delibera numero 312 del 10/04/2019** "Modificazioni al regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del D.lgs 165/2001 (c.d.whisleblowing)
- **Delibera numero 417 del 15/05/2019 Linee Guida n. 1 di attuazione del DLgs 50/2016** "Indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria" Approvate dal consiglio dell'Autorità con delibera n. 973 del 14/9/2016. Aggiornate al D.Lgs 56/2017 con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 138 del 21.02.2018 . Aggiornate con Delibera del Consiglio dell'Autorità n. 417 del 15/5/2019.
- **Delibera n. 494 del 5/06/2019 -Linee Guida n.15 recanti:** "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici"
- **Delibera n. 570 del 26.06.2019" Linee Guida n. 11 recanti:** "Indicazioni per la verifica del rispetto del limite di cui all'art. 177, comma 1, del codice, da parte dei soggetti pubblici o privati titolari di concessioni di lavori, servizi pubblici o forniture già in essere alla data di entrata in vigore del codice non affidate con la formula della finanza di progetto ovvero con procedure di gara ad evidenza pubblica secondo il diritto dell'Unione Europea"
- **Delibera ANAC n. 586 del 26.06.2019** " Integrazioni e modifiche alla delibera ANAC n. 241 dell'8.03.2017 per l'applicazione dell'art. 14, comma 1bis e 1ter del d.Lgsl n.33/2013 a seguito della **sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23 gennaio 2019"**
- **Delibera n. 670 del 17.07.2019** "Natura delle Sanzioni previste nel caso di omessa pubblicazione delle informazioni relative ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza di cui all'art. 15 del D.Lgs 33/2013

- **Delibera n. 1064 del 13/11/2019** "Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019"
- **Delibera ANAC n. 1126 del 4 Dicembre 2019** :" Rinvio alla data del 1 marzo dell'avvio dell'attività di vigilanza ANAC sull'applicazione dell'art. 14, comma 1,lett.f) del d.Lgsl n.33/2013 con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti e sospensione dell'efficacia della delibera ANAC n.586/2019 limitatamente all'applicazione dell'art. 14, comma 1,lett.f) del d.Lgsl n.33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa

REGOLAMENTI ANAC 2018

- **Regolamento del 13/06/2018**
  Regolamento sull'esercizio dei poteri di cui all'art.211 , comma 1 bis e 1 ter, del decreto legislativo .
- **Regolamento del 4/07/2018**
  Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di contratti pubblici .
- **Regolamento del 18/07/2018**
  Regolamento sull'esercizio dei poteri dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione .
- **Regolamento del 24/10/2018**
  Regolamento disciplinante i procedimenti relativi all'accesso civico , all'accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti detenuti dall'ANAC e all'accesso ai documenti amministrativi ai sensi della legge 241/90.
- **Regolamento del 30/10/2018**
  Regolamento sull'esercizio sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001 (c.d.whistleblowing)
- **Regolamento del 7/12/2018**
  Regolamento per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'Autorità Nazionale Anticorruzione ai sensi della Legge 6 nov. 2012, n. 190, e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all'art. 211 del decreto stesso

REGOLAMENTI ANAC 2019

- **Regolamento del 9/01/2019** "Regolamento in materia di precontenzioso di cui all'art. 121 del D.Lgs 18 aprile 2016 n. 50 - Chiarimenti delibera n. 195 del 13.3.2019"
- **Regolamento del 9/01/2019** "Regolamento sull'ordinamento giuridico ed economico del personale ANAC"
- **Regolamento del 6/03/2019** "Regolamento disciplinante i rapporti fra ANAC e i portatori di interessi particolari presso l'Autorità Nazionale Anticorruzione e istituzione dell'Agenda pubblica degli incontri
- **Regolamento del 16/04/2019** "Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

- **Regolamento del 2/10/2019** "Regolamento per la gestione del Casellario Informatico dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture ai sensi dell'art. 213, c. 10, D.Lgs 18.04.2016 n. 50"
- **Regolamento del 16/10/2019** "Regolamento concernente l'organizzazione ed il funzionamento dell'Autorità Nazionale Anticorruzione
- **Regolamento del 16/10/2019** "Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

COMUNICATI PRESIDENTE ANAC 2018

- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 06/02/2018**
  Segnalazioni di illeciti presentate dal dipendente pubblico (c.d.whistleblower)
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 07/03/2018**
  Determinazione dell'8 marzo 2017 n. 241 " Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D. Lgs. 33/2013 " Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali" come modificato dall'art. 13 del D.Lgs. 97/2016- sospensione dell'efficacia limitatamente alle indicazioni sulla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, co. 1- ter , ultimo periodo, del d.lgs. 33/2013
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 16/03/2018**
  Obbligo di adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con validità 2018-2020
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 28/03/2018**
  Indicazioni alle stazioni appaltanti sul tema dell'infungibilità negli acquisti in ambito sanitario
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 05/09/2018**
  Indicazioni per la miglior gestione delle segnalazioni di illeciti o irregolarità effettuate dai dipendenti pubblici nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, ai sensi dell'art. 54 bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (c.d.whistleblowers)
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 30/10/2018**
  Indicazioni alle stazioni appaltanti sull'applicabilità dell'art. 40, comma 2, del Codice dei contratti pubblici agli acquisti di importo inferiore a 1.000 euro.
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 21/11/2018**
  Regolamento per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'Autorità Nazionale Anticorruzione ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 , al di fuori dei casi di cui all'art. 211 del decreto stesso .
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 21/11/2018**
  Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - differimento al 31 gennaio 2019 del termine per la pubblicazione.

COMUNICATI PRESIDENTE ANAC 2019

- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 9/01/2019**
  Differimento dell'operatività dell'Albo dei Commissari di gara di cui all'art.78 del DLgs 50/2016
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 15/012019**

Pubblicazione in forma open source del codice sorgente e della documentazione della piattaforma per l'invio delle segnalazioni di fatti illeciti con tutela dell'identità del segnalante (c.d. whistleblowing)

- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 30/01/2019**
  Istruzioni operative per la bonifica7chiusura dei centri di costo delle stazioni appaltanti
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 31/01/2019**
  Regolamento per il rilascio dei pareri di precontenzioso di cui all'art. 211, comma 1, del D.Lgs 50/2016 e modalità di trattazione delle istanze pregresse .
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 27/02/2019**
  Qualificazione per l'esecuzione di lavori pubblici di importo superiore a 150.000 euro. Problematiche nell'espletamento dell'attività di attestazione .
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 23/07/2019**
  Pubblicazione del testo integrale dei contratti di acquisto di beni e servizi di importo unitario superiore a 1 milione di euro in esecuzione del Programma biennale, e dei suoi aggiornamenti , dopo l'abrogazione dell'art. 2, comma 505, della legge di stabilità 2016 , operata dall'art. 217 del Codice dei contratti pubblici;
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 16/10/2019**
  Indicazioni relative all'obbligo di acquisizione del CIG e di pagamento del contributo in favore dell'Autorità per le fattispecie escluse dall'ambito di applicazione del codice dei contratti pubblici
- **ANAC 17 ottobre 2019 :** La corruzione in Italia (2016-2019) numeri, luoghi e contropartite del malaffare
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 30/10/2019**
  Poteri dell'Autorità in materia di accertamento e sanzione delle fattispecie di pantouflage di cui all'art. 53, comma 16 ter, del DLgs 30 marzo 2001, n. 165.
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 13/11/2019**
  Relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - differimento al 31.01.2020 del termine per la pubblicazione.
- **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 27/11/2019 :** chiarimenti in merito all'uso della piattaforma informatica per l'acquisizione dei Piani Triennali prevenzione corruzione

CONTESTO NORMATIVO AZIENDALE
ANNI 2014-2019

- **Delibera Aziendale n. 689 del 4.9.2014** con la quale , la dott.ssa Barbara GRAVERINI ,Dirigente responsabile della Struttura Complessa "Attività amministrative del Dipartimento di prevenzione e trasparenza dei processi amministrativi" è stata nominata anche responsabile della prevenzione della corruzione, unificando nello stesso soggetto ,come previsto dall'art. 43 del D.Lgsl. n. 33/2013, le funzioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, a differenza della prima fase organizzativa nella quale le funzioni facevano capo a due diversi dirigenti afferenti a due diverse strutture.
- **Delibera Aziendale n. 532 del 25.07.2013** con la quale sono stati individuati i referenti per la prevenzione della corruzione.
- **Delibera n. 22 del 27.01.2011**: "Approvazione Codice disciplinare Dirigenza e Comparto;

- **Delibera n. 67 del 30.01.2014** "Approvazione del primo Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) e del Programma triennale per la trasparenza e integrità (PTTI) per il triennio 2013/2015;
- **Delibera n. 65 del 29.01.2014** " Approvazione Codice di Comportamento aziendale" in coerenza con il codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici;
- **Delibera n. 66 del 29.01.2014** " regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali svolti da personale dipendente.
- **Delibera n. 105 del 05.02.2015**"Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza e Integrità per gli anni 2015-2017"
- **Delibera n. 29 del 14.01.2016** " regolamento su gestione procedimento sanzionatorio "
- **Delibera n. 92 del 29.01.2016** Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza e Integrità per gli anni 2016-2018"
- **Delibera n. 522/2013** " Ciclo della Performance"
- **Delibera n. 81 del 30.01 2014**:" Approvazione del Piano della Performance 2014-2016 ai sensi dell'art. 10 del D.Lgsl. 150/09
- **Delibera n. 684 e 685 del 11.08.2015** relative a Relazione sulla performance anno 2014 e presa d'atto risultati budget 2014.
- **Delibera n. 858 del 6.10.2016** "Approvazione relazione Performance anno 2015
- **Delibera n. 961 del 10.11.2016** "Approvazione risultati budget 2015"
- **Delibera n. 977 del 17.11.2016** " Liquidazione retribuzione di risultato anno 2015"
- **Delibera n. 767 del 25.08.2016** " Approvazione regolamento Aziendale per la composizione e il funzionamento delle Commissioni per l'accertamento di invalidità civile presso ASL 5 Spezzino"
- **Delibera 935 del 27.10.2016** "Nuovo regolamento per acquisizione beni e servizi sottosoglia"
- **Delibera n. 1054 del 21.12.2016** " Manuale gestione protocollo generale informatico".
- **Delibera n. 1134 del 24.12.2016** " Nomina OIV"
- **Delibera n. 77 del 31.01.2017** Aggiornamento PTPCT triennio 2017-2019
- **Delibera 111 dell'08.02.2017** " Modifica regolamento per la graduazione e valutazione delle Posizioni organizzative del comparto"
- **Delibera n. 203 del 28.02.2017** " Approvazione Piano formativo aziendale 2017"
- **Delibera 112 dell'08.02.2017 e n. 682 del 25.07.2017** "Recepimento accordo sui criteri per la valutazione individuale del personale del comparto"
- **Delibera 113 dell'08.02.2017** "Recepimento accordo integrativo per la progressione economica orizzontale
- **Delibera n. 174 del 28.02.2017** " Regolamento aziendale per l'effettuazione delle prestazioni orarie aggiuntive"
- **Delibera n. 616 del 7.7.2017 modif. con delibera n. 955 del 24.10.2017** "Regolamento per l'acquisto di beni infungibili ed esclusivi "
- **Delibera n. 644 del 20.07.2017** " regolamento per il funzionamento del Comitato unico di garanzia (CUG)
- **Delibera n. 699 del 25.07.2017** " Modalità operative per contestazioni relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione farmaci-Adozione regolamento

aziendale i istituzione TIA "

- **Delibera n. 630 del 12.07.2017** " Relazione Performance anno 2016"
- **Delibera n. 687 del 04.08.2017** " Approvazione obiettivi budget 2017"
- **Delibera n. 735 del 17.08.2017** " Regolamento per la disciplina dei contratti di formazione lavoro "
- **Delibera n. 942 del 24.10.2017** " regolamento modalità di svolgimento delle funzioni di coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile del Direttore dell'esecuzione del contratto"
- **Delibera 1111 del 13.12.2017** " Regolamento funzionamento OIV
- **Delibera n. 1155 del 20.12.2017** " Revisione Codice di comportamento aziendale alla luce delle linee guida ANAC
- **Delibera n. 1159 del 20.12.2017 "** Conferimento degli incarichi di Direttori dei distretti Socio-sanitari n. 17,18,19 "
- **Delibera n. 1175 del 28.12.2017 "** approvazione programma biennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi art. 21 Codice appalti
- **Delibera n. 31 del 19.01.2018 "** Revisione e aggiornamento del regolamento relativo ai sistemi di videosorveglianza e allarmi perimetrali aziendali"
- **Delibera n. 32 del 19.02.2018 "** Approvazione del Regolamento Aziendale sulla gestione del Conflitto di interessi"
- **Delibera n. 41 del 29.01.2018 "** Regolamento in materia di accesso civico e accesso generalizzato- Approvazione"
- **Delibera n. 135 del 23.02.2018 "** Approvazione Piano Formativo Aziendale 2018"
- **Delibera n. 139 del 27.02.2018 "** Ufficio Procedimenti Disciplinari- Sostituzione Presidente"
- **Delibera n. 263 del 30.03.2018 "** Regolamento in materia di conferimento di incarichi a titolo gratuito nell'ambito dell'Asl 5 Spezzino
- **Delibera n. 419 del 25.05.2018 "** Piano Performance 2017-2019. Aggiornamento annuale 2018"
- **Delibera n. 449 del 31.05.2018** "Rimodulazione dell'Atto di Autonomia Aziendale e del P.O.A. - processo organizzativo aziendale con relativo organigramma ai sensi della DGR n. 7/2017 e n. 499/2017 adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 969 del 31.10.2017
- **Delibera n. 470 del 07.06.2018** Approvazione "Regolamento processo di Budget"
- **Delibera n. 559 del 27.06.2018** "Approvazione obiettivi di budget anno 2018"
- **Delibera n. 568 del 29.06.2018** "Approvazione della relazione sulla performance 2017 ai sensi dell'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 2009 come modificato e integrato dall'art. 8 del Decreto Legislativo n.74 del 2017"
- **Delibera n. 666 del 06.08.2018** "Nomina del Direttore Sociosanitario dell'ASL 5 Spezzino"
- **Delibera n. 668 del 16.08.2018** "Presa d'atto della Deliberazione di Giunta Regionale n. 549 del 13.7.2018 ad oggetto "Atto di autonomia aziendale dell'ASL 5. Provvedimenti conseguenti". Procedure attuative"
- **Delibera n. 735 del 20.09.2018** "Integrazione al Regolamento Aziendale per la gestione del procedimento sanzionatorio per violazioni amministrative ai sensi della L. 689/1981 approvato con delibera n.75 del 09.02.2018"
- **Delibera n. 744 del 24.09.2018** "Adozione della proposta del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (FTFP) 2018-2020 ai sensi della DGR n. 726 del 4 settembre 2018"
- **Delibera n. 787 del 11.10.2018**"Attuazione del nuovo Atto di autonomia

Aziendale: conferma della titolarità nel nuovo Atto Aziendale delle Strutture Complesse già esistenti nella precedente organizzazione. Ricognizione delle Strutture Complesse di nuova istituzione e provvedimenti in ordine alla temporanea responsabilità delle attività assegnate alle Strutture in corso di attivazione, nonché alle Strutture Semplici (Dipartimentali e non)"

- **Delibera n. 842 del 12.11.2018** "Approvazione dei nuovi regolamenti per l'applicazione delle sanzioni disciplinari e relativo codice disciplinare per l'Area della Dirigenza Medica-Veterinaria e Sanitaria -Professionale-Tecnica Amministrativa, del Comparto e degli Specialisti Ambulatoriali".
- **Delibera n. 885 del 21.11.2018** "Approvazione del Nuovo Regolamento aziendale per la disciplina del diritto allo studio, ai sensi art. 48 del C.C.N.L. del personale del Comparto Sanità stipulato in data 21/5/2018".
- **Delibera n. 936 del 05.12.2018** "Delibera 96/2013. Modifica ed integrazione del Nucleo Operativo di Controllo Aziendale (NOC)"
- **Delibera n. 948 del 10.12.2018** "Modifica ed integrazione del "Regolamento aziendale per l'effettuazione di prestazioni orarie aggiuntive"
- **Delibera n.982 del 20.12.2018** "Proroga degli incarichi di Direttori dei Distretti Sociosanitari n. 17, n. 18 e n. 19"
- **Delibera n.988 del 21.12.2018** "Regolamento relativo all'inventario dei beni mobili dell'AS' 5 Spezzino"
- **Delibera n. 1016 del 24.12.2018** "Regolamento unico in materia di accesso civico semplice , civico generalizzato e documentale- Approvazione"
- **Delibera n. 1019 del 24.12.2018** " Costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai sensi dell'art. 14 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150
- **Delibera n. 1028 del 28.12.2018** "Attuazione del nuovo Atto di Autonomia Aziendale: attribuzione degli incarichi di direzione di Struttura Semplice Dipartimentale"
- **Rapporto annuale anno 2018** su attività svolte dal Gruppo regionale RPCT
- **Delibera n. 31 del 24.01.2019** " Approvazione del regolamento Aziendale relativo alla gestione e all'utilizzo del parco automezzi"
- **Delibera n. 55 del 31.01.2019** "Aggiornamento Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza " Triennio 2019-2021"
- **Delibera n. 100 del 12.02.2019** "Ufficio Procedimenti Disciplinari : determinazioni"
- **Delibera n. 167 del 08.03.2019** " Atto di Autonomia Aziendale: Recepimento dell'avvenuta transizione ai nuovi assetti organizzativi ed integrazioni al testo adottato con delibera 449 del 31.5.2018"
- **Delibera n. 211 del 22.03.2019** "Approvazione Piano Formativo Aziendale 2019 "
- **Delibera n. 299 del 26.04.2019** "Approvazione del Regolamento aziendale degli Agenti Contabili e della resa del conto Giudiziale"
- **Delibera n. 313 del 6.05.2019** "Approvazione del Regolamento di Mobilità Volontaria del personale di ASL 5"
- **Delibera n. 326 del 09.05.2019** "Approvazione del nuovo Regolamento di Bed Management"
- **Delibera n. 483 del 24.6.2019** "Approvazione obiettivi di budget anno 2019"
- **Delibera n. 464 del 08.06.2019** "Attuazione del nuovo Atto di Autonomia Aziendale: "Approvazione delle declaratorie dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse, e delle Strutture Semplici Dipartimentali"

- **Delibera n. 518 del 4.07.2019** "Piano Performance 2017-2019- Aggiornamento annuale 2019
- **Delibera n. 519 del 4.07.2019** Approvazione della relazione sulla performance 2018 ai sensi dell'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 2009 come modificato e integrato dall'art. 8 del Decreto Legislativo n.74 del 2017"
- **Delibera n. 524 del 04.07.2019** "Approvazione del Regolamento aziendale per la disciplina delle procedure finalizzate all'utilizzo delle graduatorie di concorso pubblico approvate nel periodo 01.01.2010-31.12.2013"
- **Delibera n. 582 del 18.07.2019** "Approvazione del Regolamento aziendale per la gestione delle sponsorizzazioni di eventi"
- **Delibera Comm. Straordinario n. 101 del 19.09.2019** "Presa d'atto Relazione attività Rischio Clinico anno 2018 della Struttura Semplice Risk Management e Piano Rischio Clinico 2019-2020"
- **Delibera Comm. Straordinario n. 133 del 30.09.2019** "Presa d'atto delibera ANAC 586 /2019 ad oggetto "Integrazioni e modifiche della delibera 8.03/2017 n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1 bis e 1 ter del D.Lgs n. 33/2013 a seguito della sentenza della C.C. n. 20 del 23.01.2019 e provvedimenti conseguenti;"
- **Delibera Comm. Straordinario n. 207 del 29.10.2019** "Approvazione del nuovo Regolamento Aziendale per l'acquisizione di beni e servizi , affidamento lavori e servizi attinenti l'architettura e all'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria, ai sensi e per gli effetti degli artt. 36 ess del D.Lgs 50/2016"
- **Delibera Comm. Straordinario n. 211 del 29.10.2019** "Adesione alla Piattaforma Whistleblowing PA per la segnalazione di presunti episodi corruttivi"
- **Delibera Comm. Straordinario n. 221 del 08.11.2019** "Approvazione Regolamento attuativo dell'atto aziendale per l'adozione di determinazioni dirigenziali e per la delega di funzioni"
- **Delibera Comm. Straordinario n. 234 del 13.11.2019** "Attribuzione degli Incarichi di Direttore di Dipartimento"
- **Delibera Comm. Straordinario n.235 del 13.11.2019** "Nomina del Collegio di Direzione di cui all'art. 17 del D.Lgs 502/1992 e s.m.i. e dell'art. 21 della L.R. n. 41/2006 e s.m.i."
- **Delibera Comm. Straordinario n. 295 del 02.12.2019** "Provvedimento del Commissario Straordinario n. 133/2019 relativo alla presa d'atto della Delibera ANAC n. 586 del 26.6.2019. Provvedimenti conseguenti
- **Delibera Comm.Straordinario del 30.12.2019** proroga incarico RPCT alla dott.ssa Barbara Graverini
- **Rapporto annuale anno 2019** su attività svolte dal Gruppo regionale RPCT

(Articolo 3)
OGGETTO e FINALITA' del PIANO:DEFINIZIONE DI CORRUZIONE OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI

Con la Legge 190/2012 come modificata da D.Lgsl 97/2016, FOIA , sono state definite le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. e, pertanto, le Pubbliche Amministrazioni devono provvedere all'adozione del **Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (art 1- comma 5 e 8).**Con il PNA 2016 sono stati unificati in un unico strumento il PTPC

e il Programma della Trasparenza che diventa sezione del Piano prevenzione corruzione.

Il Piano, sulla base del P.N.A. predisposto da ANAC,(aggiornamento 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 coordinati con il primo PNA 2013) disciplina le strategie di prevenzione dei fenomeni di corruzione.

Il presente Piano, in coerenza con la sopra richiamata disciplina nazionale, accoglie una **nozione ampia di corruzione**,(ribadita anche nella **Determina ANAC n. 12 del 28.10.2015**) **comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati o pubblici (sviamento dall'interesse pubblico), ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo, sia che rimanga a livello di tentativo.**

Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie della fattispecie penalistica e di quella disciplinata dall'art. 2635 del c.c. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal Libro secondo, Titolo II, Capo I e II del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione. Rileva pertanto ogni forma di abuso della cosa pubblica o di strumentalizzazione dell'ufficio diretto al conseguimento di un fine diverso o estraneo rispetto a quello del perseguimento dell'interesse pubblico generale

Da qui deriva l'esigenza che l'attività amministrativa abbia sempre come riferimento il principio della **legalità**, inteso nella sua accezione più ampia e quindi comprendente tutti gli altri principi che reggono all'ordinato svolgimento di compiti affidati a una Struttura e a un Dirigente.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

dell'Azienda Socio sanitaria Ligure 5 sono fissati nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla predisposizione del sistema di prevenzione, costituiscono contenuto necessario ed essenziale del PPCT 2019-2021 e sono finalizzati a:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il Piano persegue inoltre **le seguenti finalità**:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti e prevedendo per tali attività obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione alla corruzione;
- fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità;
- stabilire gli interventi organizzativi, di formazione e controllo volti a prevenire il medesimo rischio;
- indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, prevedendo

l'eventuale rotazione dei dirigenti e dei funzionari;

- monitorare il rispetto dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel piano;
- monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.
- adottare misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di comportamento e l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri comportamentali
- adottare misure che garantiscano la vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità;
- adottare misure e procedure per la rilevazione e gestione dei conflitti, di interesse, dei casi di incompatibilità e svolgimento di incarichi esterni
- attuare la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione(individuati nell'art.6)

Con l'adozione del Piano l'Azienda intende:

- acquisire maggiore consapevolezza sui potenziali rischi di corruzione ai quali l'attività dell'Azienda è esposta ,responsabilizzando tutto il personale su tali rischi e in generale sui temi della legalità

- creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica attraverso un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale

- fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità.

- assicurare piena accessibilità e trasparenza delle procedure consentendo forme diffuse di controllo sociale a tutela della legalità, della cultura dell'integrità e dell' etica pubblica;

- garantire una buona gestione delle risorse pubbliche attraverso il miglioramento continuo nell'uso delle stesse e nell'erogazione dei servizi.

- Sensibilizzare i cittadini e gli stakeholders esterni alla politica anticorruzione dell'ASL , acquisendo le loro valutazioni, proposte e suggerimenti per l'elaborazione del piano e dei suoi aggiornamenti e rafforzando il rapporto fiduciario

- Promuovere maggiore condivisione con gli stakeholders

- Rendere conto della correttezza ed efficacia dell'azione amministrativa di ASL 5 garantendo la massima trasparenza sull'andamento dell'azienda

- Sviluppare una rete di collaborazione esterna con altri soggetti istituzionali per la valorizzazione dei temi della prevenzione corruzione e trasparenza

- Promuovere sempre maggiori livelli di trasparenza

- Rafforzare e informatizzare i flussi informativi tra strutture e RPCT e individuare con chiarezza compiti, ruoli e responsabilità di ciascuno

Attraverso la predisposizione del Piano, l'Amministrazione è tenuta ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro, capaci di ridurre il rischio di comportamenti corrotti.

Ulteriore scopo del Piano è quello di garantire il suo raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale e, in particolare, con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) che diventa sezione integrante del Piano prevenzione corruzione,, con il Piano della Performance (PP) e col Piano della Formazione (PF), in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale.

L'implementazione annuale del Piano Triennale si presenta non come un atto compiuto, ma come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione della corruzione, che vengono "via via affinati, modificati o sostituiti riguardo al feedback ottenuto dalla loro applicazione", come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato interministeriale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 gennaio 2013 e dal P.N.A.

(Articolo 4)
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO e DELLE DINAMICHE SOCIO-TERRITORIALI e del CONTESTO INTERNO AZIENDALE

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa **all'analisi del contesto esterno** , attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione a causa delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne e al fine di definire misure adeguate a contrastare i rischi corruttivi. Attraverso questo tipo di analisi, si intende favorire la predisposizione di PTPC contestualizzati e, quindi, potenzialmente più efficaci a prevenire i rischi corruttivi. **(Determina ANAC n. 12/2015).** E' necessario dare evidenza dell'impatto dei dati rilevati dal contesto esterno, sul rischio corruttivo per la propria organizzazione **(PNA 2017 delibera ANAC 1208 del 22 novembre 2017)**

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione , con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione o ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. **(Determina ANAC n. 12/2015)**

Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio e di individuare e programmare misure di prevenzione specifiche per ciascuna realtà. (**Determina ANAC n. 12/2015)**

Per l'analisi **del contesto interno** si deve aver riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa dell'Azienda che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione considerando gli organi di indirizzo, le strutture organizzative, ruoli e responsabilità, le politiche, gli obiettivi, e strategie. (**Determina ANAC n. 12/2015**)

L'Asl 5 nasce nel 1993 dalla fusione della ex USL n. 19 della Spezia con la ex USL n. 20 di Sarzana, a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 502/92 e della legge regionale n. 20 del 10.05.1993.Il decreto ha sostituito alle precedenti USL, le Aziende sanitarie locali, dotate di personalità giuridica e ha portato a una riorganizzazione del SSR ligure e al conseguente accorpamento delle 20 USL nelle attuali 5 Aziende sanitarie locali; con L.R. 29.07.2016 n. 17 e con la L.R. 18 novembre 2016, n. 27, a modifica della L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, istitutiva dell'attuale Servizio Sanitario Regionale, è stata poi rinominata "Azienda Sociosanitaria Ligure 5".

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Liguria. In tale ambito l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti accreditati con la ASL stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

La competenza dell'ASL si estende su un territorio di 665,22 Km^2 che ricomprende 29 Comuni; il territorio di competenza non coincide con la provincia della Spezia in quanto i comuni di Carro, Maissana e Varese Ligure, afferiscono all'ASL 4 Chiavarese;

L'ASL ha sede legale alla Spezia in via Fazio n. 30 e si articola in tre Distretti socio sanitari (Distretto 17 Riviera e Val di Vara,18 del Golfo e 19 Val di Magra) e un Presidio Ospedaliero del Levante Ligure che comprende due stabilimenti ospedalieri (Ospedale S. Andrea a Spezia (ospedale Felettino è stato dismesso nel corso anno 2016 e 2017 per costruzione nuovo ospedale) e Ospedale San Bartolomeo a Sarzana.

CONTESTO ESTERNO

Da un'elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2019, il bacino di utenza è costituito da circa 216.523 (al 01.01.2019) pari al 13,96 % della popolazione della

Liguria su una superficie di circa 881 Km2; con una densità abitativa media di circa 249 ab/Kmq in linea con la media regionale che è di 286 ab/Kmq. Nel capoluogo La Spezia risiedono 93.311 abitanti.

Il 27,5% dei residenti ha un'età superiore ai 65 anni . Gli anziani sono 275 ogni 1.000 abitanti , in linea con la media regionale di 284 ma senz'altro al di sopra della media italiana pari a 228. Anche l'età media dei residenti è piuttosto elevata assestandosi ad un valore pari a circa 48 anni , a fronte di una media nazionale di 44,9. La speranza di vita della popolazione locale è pari a 82,2 anni in linea con la media ligure che di 82 anni ed anche corrispondente al dato nazionale che è in crescita e si assesta intorno a 82,5 anni. Il tasso di mortalità (rapporto tra deceduti e residenti) è 14,1 mentre il tasso di natalità ha un valore di 6,7. Il numero medio di figli per donna è 1,28 inferiore alla media nazionale che è 1,32. Una caratteristica che accomuna La Spezia con le altre province liguri è la notevole concentrazione di donne sul totale della popolazione, infatti ben il 52,2% della popolazione è di sesso femminile, poco al di sopra del dato relativo all'intero paese in cui le donne corrispondono al 51,3% dell'intera popolazione.

L'indice di natalità è in crescente discesa passando da 6,1 per mille a 5,8 per mille.

Le generali condizioni di salute della popolazione residente in ASL 5 sono tra le più elevate in Liguria. La speranza di vita in buona salute per la Popolazione residente nel bacino di utenza di ASL 5 è pari a 65 anni circa, mentre quello riferito all'intera Regione Liguria della regione Liguria si attesta intorno ai 61 anni circa . Sotto il profilo demografico, il tratto saliente è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani (La Spezia è tra le città più anziane d'Italia). Questa caratteristica è man mano cresciuta nel corso degli ultimi 20 anni . Ciò comporta importanti ricadute sui bisogni sociali e sanitari della popolazione con un maggior carico di popolazione con patologie croniche - degenerative , non autosufficienti e con un limitato supporto familiare. I dati a diposizione di ASL 5 rivelano che la popolazione anziana (età ≥ ad anni 65) può essere suddivisa in tre gruppi : persone in buona salute e a basso rischio di fragilità, quelle fragili e quelle disabili; circa 3 anziani su 4, pari a oltre 45.000 persone, sono in buona salute; oltre 7400 anziani presentano rischi di fragilità e sono a rischio di scivolare nella fragilità; altrettante 7400 sono le persone non autosufficienti e con varie tipologie di disabilità. Sotto il profilo dell'assistenza residenziale, in Liguria nel 2015 (ultimo dato disponibile fonte ISTAT) il tasso di posti letto residenziali con prevalente utenza di anziani era pari a 26 per 1000 abitanti, contro quello italiano fermo a 21 posti per 1000 abitanti.

Un altro dato importante nel profilo demografico della provincia spezzina che ha comportato una crescita della fascia fragile e della richiesta di prestazioni sanitarie è il grande incremento della presenza straniera pari a circa il 9% della popolazione totale , percentuale in costante aumento con prevalenza di provenienza dalla Romania (22%degli stranieri) dall'Albania e dalla Rep. Dominicana (entrambe 14%) e dal Marocco (12%) ; dato proveniente da ISTAT :http://www.demo.istat.it

Per quando riguarda il mondo imprenditoriale , la Camera di Commercio Riviere di Liguria sul sito Istituzionale ha pubblicato uno studio riferito alle Imprese Attive nei vari settori nelle quattro province Liguri riferito all'anno 2018, da detto studio emerge che :

- L'attività Imprenditoriale "Turistico alberghiera" della Provincia di La Spezia è in costante crescita rappresentando il 20% circa dell'attività

regionale

- L'attività delle imprese attive nel campo del "Commercio" è in leggera flessione e rappresenta il 13% dell'attività commerciale regionale;
- L'attività delle Imprese attive nell'Industria è anch'essa in leggera flessione e rappresenta il 15% dell'attività industriale regionale;
- L'attività delle imprese artigiane è anch'essa in leggera flessione e rappresenta il 12% dell'attività industriale regionale;

Secondo la Classifica che elabora il livello complessivo di "Qualità della vita" nelle Province italiane, stilata dalla rivista "Italia Oggi" in collaborazione con l'Università "la Sapienza di Roma", La Spezia, nel 2019, migliora l'indice di qualità della vita dal 63esimo posto del 2018 al 47esimo posto; in particolare per quanto riguarda la sezione "Affari- Lavoro " La Spezia migliora passando dal 60esimo al 57 posto; la disoccupazione invece è salita rispetto agli anni precedenti e La Spezia occupa attualmente il 63° posto nella classifica del Tasso di disoccupazione rispetto al 56° posto del 2018 peggiorando quindi di 7 posizioni.

La Provincia spezzina nelle varie graduatorie parziali stilate da "Italia Oggi" si colloca:

al 56° posto per ambiente
al 87° posto per Reati e Sicurezza
al 46° posto per Sicurezza Sociale e Personale
al 31° posto per Istruzione, Formazione, Capitale Umano
al 57° posto per affari-lavoro
al 98° posto per Popolazione - Demografia
all' 89° posto per Sistema Salute
al 12° posto per Tempo Libero
al 24° posto per Tenore di Vita

A fronte perciò di una buona qualità della vita si registrano però criticità sociali che occorre monitorare,gestire e risolvere per evitare che le problematiche e i disagi esistenti finiscano per costituire humus fertile per i fenomeni corruttivi.

CONTESTO INTERNO

L'ASL 5 nel corso del 2019 è stata interessata dalla prosecuzione del processo di riorganizzazione iniziato nel 2018 con l'approvazione del P.O.A (Piano Organizzativo Aziendale di cui alle delibere n. 449 del 31.5.2018- n. 668 del 16.08.2018 - n. 787 del 11.10.2018 e 1028 del 28.12.2018), in particolare sono stati attuati nuovi assetti organizzativi di cui alla Delibera n. 167 del 08.032019 " Atto di autonomia Aziendale: Recepimento dell'avvenuta transizione ai nuovi assetti organizzativi ed integrazioni al testo adottato con delibera n. 449/2018". Il processo di riorganizzazione, attualmente ancora in corso, ha previsto la soppressione/accorpamento di alcuni Dipartimenti, Strutture Complesse e Dipartimentali e sono in fase di attuazione le procedure relative al conferimento /conferma di tutti gli incarichi di direzione e responsabilità.

Dal punto di vista organizzativo interno, l'ASL è articolata in 10 Dipartimenti e 57 Strutture Complesse nell'ambito delle quali operano circa 2170 dipendenti (al

31.12.2019) di cui 375 Medici, 56 Dirigenti SPTA e 1739 Dipendenti del Comparto Concorrono, inoltre, a garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie in regime di convenzione, medici specialisti, veterinari, psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale.

L'Azienda opera mediante un presidio ospedaliero a gestione diretta (Presidio Unico del Levante Ligure) e mediante una casa di cura convenzionata (ortopedia, chirurgia , oculistica) e un centro convenzionato per la riabilitazione. Il presidio ospedaliero presenta un Dipartimento di emergenza di primo livello che comprende due Pronto soccorso (S. Andrea e San Bartolomeo) e un punto di primo intervento (Levanto).

I posti letto al 31.12.2019 gestiti direttamente sono pari a 435 ordinari (di cui 8 a pagamento) di cui 401 acuti , 25 di lungodegenza, 9 riabilitativi, 36 day hospital di cui 4 riabilitativi, 19 di day surgery,14 culle e 15 posti di osservazione breve.

I posti letto convenzionati sono: Alma Mater 25 posti letto ordinari e 13 Day Surgery.Struttura accreditata Don Gnocchi n. 84 di degenza ordinaria e 8 di day hospital.

Le attività e i servizi territoriali dell'ASL , dislocati su tutto il territorio sono erogati da 3 Dipartimenti (Cure primarie , Prevenzione, Salute mentale). L'Azienda opera anche con l'ausilio di 45 strutture convenzionate.

L'attuale struttura organizzativa aziendale è descritta nell'Atto Aziendale di cui al nuovo P.O.A. (Delib. n. 449 del 31.5.2018 succ. mod. con Delib. 787 dell'11.10.2018 e Delib. 167 del dell'8.03.2019) reperibile sul sito istituzionale all'indirizzo www.asl5.liguria.it attualmente in fase di revisione e all'approvazione della Regione Liguria e nella Carta dei Servizi pubblicata nella sezione Amministrazione trasparente

Si evidenzia negli ultimi anni un contesto di difficoltà generalizzato legato alla crisi economica e alla diminuzione delle risorse assegnate dalla Regione. L'Azienda ha comunque proseguitogli interventi organizzativi e strutturali già avviati dal 2007 e finalizzati ad una significativa innovazione del modello di offerta dei servizi privilegiando soluzioni integrate Ospedale/territorio e centralità del territorio sede di presa in carico dei problemi socio sanitari del cittadino e di gestione dei percorsi. Nel corso del 2018 l'Azienda aveva provveduto alla nomina del direttore Sociosanitario aziendale : dr.ssa Maria Alessandra Massei in carica dal 6.8.2018 (Delib. n. 666 del 6.08.2018) mentre nel corso del 2019 la Regione Liguria, con Delibera di Giunta n. 612 del 16.7.2019, ha provveduto alla nomina del Commissario Straordinario di ASL 5, Dr.ssa Daniela Troiano, a cui è seguita la Presa d'atto dell'Azienda con Delibera C.S. n. 1 in data 22.07.2019.

L'attività dell'ASL nel corso del 2019 è stata orientata a:

- Riorganizzazione della rete ospedaliera e sua riqualificazione
- Caratterizzazione dell'identità dei due stabilimenti ospedalieri: alta-media complessità per S. Andrea SP , media-bassa complessità per San Bartolomeo SZ
- Implementazione dei servizi territoriali tramite distretti forti
- Sviluppo della residenzialità e domiciliarietà in una logica di continuità delle cure tra ospedale e territorio

- Elaborazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)delle principali patologie croniche
- Sviluppo dell'organizzazione Dipartimentale
- Miglioramento e potenziamento degli interventi di prevenzione e screening
- Potenziamento campagne vaccinali
- Controlli sull'appropriatezza delle prescrizioni
- Qualità, governo clinico umanizzazione e comunicazione
- Integrazione Socio- Sanitaria, presa in carico globale e continuità del percorso del paziente.

L'esame delle violazioni disciplinari interne ad ASL 5 nel corso del 2019 ha evidenziato:

- N.1 Procedimento Disciplinare per infrazione connessa a reati che ha comportato licenziamento
- N.1 Procedimento Disciplinare per infrazione connessa a reati ancora in attesa di definizione
- n. 4 casi mancato pagamento di quote di iscrizione Ordine degli infermieri
- n. 2 casi di comportamento negligente
- n. 2 casi di comportamento non corretto verso superiori
- n. 2 casi di comportamento non corretto verso colleghi
- n. 1 caso di comportamento non corretto verso superiori e colleghi
- n. 1 caso di mancato versamento ad ASL di quote di libera professione
- n. 2 casi di mancata presenza a visita fiscale
- n. 1 caso di esercizio altra attività lavorativa
- n. 1 caso di inosservanza disposizioni di servizio
- n. 1 caso di inosservanza disposizioni di servizio in merito a dichiarazioni alla stampa

per un totale di 19 procedimenti disciplinari di cui: n. 4 archiviazioni, n. 3 in definizione, n. 1 licenziamento, n. 5 censure, n. 6 sospensioni con privazione della retribuzione .

Dall'analisi complessiva del contesto esterno ed interno relativo all'anno 2019 emerge:

- Il miglioramento della qualità della vita nella Provincia della Spezia (significativo il passaggio dal 63° al 47° posto nella classifica di "Italia Oggi")
- La diminuzione delle violazioni disciplinari e dei procedimenti attivati all'interno di ASL 5; I procedimenti disciplinari scendono da 31 del 2018 agli attuali 19;
- La necessità di monitorare con grande attenzione la realtà economico- sociale della provincia della Spezia che a causa della ricchezza di attività turistico-commerciali sulla costa e della presenza di un porto mercantile in continua crescita rappresenta terreno fertile per l'insorgenza di fenomeni di corruzione e di traffici illeciti (sostanze stupefacenti etc..);
- La necessità di seguire sempre con maggiore attenzione la costruzione del nuovo Ospedale del Felettino,(attualmente in fase critica per la rescissione del contratto di appalto con la ditta aggiudicataria e con la necessità di bandire nuova gara), le altre procedure di appalti e acquisti, mettendo in atto e verificando costantemente l'attuazione di tutte le misure di prevenzione previste

nell'allegato "Registro dei Rischi" proprio in queste aree maggiormente esposte e che sono state oggetto di un grave caso di corruzione nel corso dell'anno 2017.

- Il bisogno di una nuova programmazione a tutti i livelli per gestire e contenere, tramite accordi con la regione Toscana il fenomeno della mobilità passiva oltre ad aumentare i servizi sul territorio e le capacità degli ospedali .
- Dall'esame dei reati contestati negli ultimi anni a dipendenti dell'Azienda sopra elencati, risulta necessario monitorare con particolare attenzione i seguenti procedimenti a rischio: Appalti, sponsorizzazioni, rapporti con case farmaceutiche, libera professione, rapporti con strutture accreditate e favoreggiamenti verso le stesse anche fuori regione, induzione alla mobilità fuori regione, gare e contratti, rimborsi, attività conseguente ai decessi .
- In particolare, **nel corso dell'anno 2019**, a seguito di eventi corruttivi emersi recentemente,si è rilevata la necessità di approfondire l'analisi dei rischi in due settori particolarmente delicati e soggetti a rischi elevati:

  - il primo è relativo **ai laboratori di analisi** a seguito della maxi indagine che ha portato alla luce una serie di episodi di analisi effettuate presso l'Ospedale S.Martino di Genova senza il pagamento ticket in quanto effettuate a favore di parenti, amici e colleghi.Ciò ha comportato l'avvio di circa 400 procedimenti penali per truffa a carico di medici, infermieri e impiegati.Pertanto il RPCT di ASL 5 , (anche dietro l'impulso di ALISA che ha attivato AUDIT presso tutte le Aziende sanitarie della regione sul funzionamento delle procedure dei laboratori) ha ritenuto necessario, in collaborazione con la Direzione aziendale e con il Direttore dei Laboratori analisi, rivedere la mappatura dei rischi dei laboratori analisi al fine di individuare le fasi maggiormente a rischio e prevedere idonee misure di contrasto per prevenire i rischi in particolare quelli oggetto delle contestazioni che hanno coinvolto il San Martino.L'analisi effettuata e le misure individuate per la prevenzione dei rischi sono state inserite **nel registro rischi pag. 4-16 Dipartimento dei servizi.**
  - Il secondo settore sul quale è stata effettuata dall'RPCT in collaborazione con le strutture aziendali di competenza (direzione medica di presidio, direzione amministrativa dell'ospedale) una analisi aggiuntiva e approfondita è quello relativo alle attività di **svolgimento dei servizi funebri per decessi in ambito ospedaliero** . Ciò a seguito di una segnalazione scritta che ha evidenziato comportamenti scorretti .A seguito dell'analisi effettuata sono state rafforzate le misure originariamente previste e sono state individuate ulteriori misure di prevenzione dei rischi. Le risultanze sono state riportate nel **registro rischi pag.1-3 Direzione medica di presidio .**

L'ASL opera in un settore, quello dei servizi sanitari, che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che lo espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito.

Peraltro, la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda risultano presidiati da norme di legge, di livello statale e/o regionale, da regolamenti, procedure, istruzioni operative aziendali che disciplinano in modo puntuale tutte le fasi del processo, delimitando e riducendo l'ambito di discrezionalità e prevenendo, al contempo, la

possibilità di errori involontari da parte degli operatori e dei funzionari.

Contribuisce a mitigare il rischio di fatti corruttivi, la gestione informatizzata della maggior parte dei processi attraverso applicativi che garantiscono la tracciabilità delle operazioni e dei soggetti responsabili e il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile e del rispetto dei vincoli di spesa, dei processi posti in essere.

Concorrono, altresì, a rafforzare il sistema volto a presidiare la legalità, il Sistema di controlli interni ed esterni (OIV), il Sistema Qualità , l'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

(Articolo 5)
COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Piano Nazionale Anticorruzione, al par. B 1.1.4,(aggiornamento 2015) stabilisce che *"L'efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione"*. In particolare, *"Risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani. Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera n. 6 del 2013 della C.I.V.I.T., alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:*

- alla performance,
- agli standard di qualità dei servizi,
- alla trasparenza e alla integrità,
- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.

Nell'aggiornamento PNA 2017 (delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017) al paragrafo 4.2 , viene ribadita (come già art. 44 D.Lgsl.33/2013, art.1,comma 8 bis Legge 190/2012 introdotto da D.Lgsl. 97/2016) "la necessità di coordinare gli obiettivi di performance con le misure di trasparenza e anticorruzione" e " che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che la valutazione della performance tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza" .

E' dunque necessario un coordinamento tra il PTPC e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché di quelli individuati dal d.lgs. n. 150 del 2009, ribadito anche dalla **determina ANAC n. 12/2015**,ossia:

- il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150 del 2009)
- il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150 del 2009);
- il Piano aziendale della Formazione

Le politiche sulla *performance* contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;

Le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all'inserimento dell'attività che pongono in essere per l'attuazione della legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nel Piano della Performance. Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione, i processi e le attività di programmazione posti *in essere per l'attuazione del PTPC."*

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell'ASL 5 Spezzino e che, conseguentemente e coerentemente, le attività per la predisposizione, implementazione e attuazione dei relativi Piani e delle misure ivi previste devono essere inseriti sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance nel duplice versante della:

- **performance organizzativa** (*ex* art. 8 del d.lgs. 150/2009), con particolare riferimento:

➢ all'attuazione dei piani e delle misure di prevenzione, inclusa quella della trasparenza, nonché alla misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b) del d.lgs. 150/2009;

➢ allo sviluppo quantitativo e qualitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione, al fine di stabilire quale miglioramento in termini di *accountability* riceve il rapporto coi cittadini dall'attuazione delle misure di prevenzione;

- **performance individuale** (ex art. 9, d.lgs. n. 150 del 2009) dove andranno inseriti:

➢ nel Piano della Performance, ex art 10 del d.lgs. 150/2009, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori; nel sistema di misurazione e valutazione della performance ex art. 7 del d.lgs. 150/2009 degli obiettivi individuali e/o di gruppo, assegnati al personale del comparto e ai Referenti per la prevenzione della corruzione individuati tra il personale non dirigenziale.

Relativamente alle tematiche della Performance, nel Corso dell'anno 2019 sono state approvate le seguenti delibere:

➢ n. 483 del 24.6.2019 "Approvazione obiettivi di budget anno 2019"

➢ n. 518 del 4.07.2019 ad oggetto "Piano Performance 2017-2019. Aggiornamento annuale 2019"

➢ n. 519 del 4.07.2019 Approvazione della relazione sulla performance 2018 ai sensi dell'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 2009 come modificato e integrato

dall'art. 8 del Decreto Legislativo n.74 del 2017"

L'integrazione con il ciclo di gestione della *performance* è finalizzata a porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPC per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle *performance* o in documenti analoghi. L'attuazione delle misure previste nel PTPC è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;

Annualmente dovranno essere assegnati , in sede di budget, entro il termine previsto per l'assegnazione degli obiettivi annuali, a ciascuna struttura Aziendale coinvolta nel processo di gestione del rischio, uno o più obiettivi riferiti all'individuazione, attuazione monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della *performance* organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella **Relazione della *performance*** che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Tale Relazione deve essere trasmessa al Responsabile della prevenzione, al quale compete:

- effettuare un'analisi per individuare le ragioni/cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuare, anche su proposta dei Referenti e dei Responsabili di struttura, eventuali azioni correttive, sia con riferimento alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori;
- inserire eventuali azioni correttive nell'ambito delle misure di implementazione/ miglioramento del Piano.

Già dall' anno 2016 l'Azienda ASL 5 ha assegnato , in sede di budget a ciascuna struttura Aziendale coinvolta nei processi di trasparenza e gestione del rischio di corruzione, alcuni obiettivi riferiti all'attuazione, monitoraggio (semestrale) delle misure di prevenzione della corruzione (sia obbligatorie che ulteriori) e degli obblighi di pubblicazione e trasparenza ciascuno per propria competenza.

Per l'anno 2016 era stato assegnato a tutte le strutture inserite nel processo di gestione del rischio corruttivo l'obiettivo di relazionare semestralmente all'RPCT l'applicazione delle misure sia obbligatorie che ulteriori contenute nel registro dei rischi anche con riferimento agli obblighi di trasparenza e l'obiettivo di condividere con gli operatori della propria struttura l'intero processo di gestione del rischio .

Per l'anno 2017 gli obiettivi assegnati in sede di budget sono stati :

- Presentazione a RPCT di **relazioni semestrali su applicazione misure di prevenzione corruzione e attuazione obblighi trasparenza *(attuato)***
- Acquisizione scheda rilevazione interessi finanziari **(scheda AGENAS) da parte di tutti i Dirigenti aziendali *(attuato)***
- **Estensione della mappatura dei processi** rischi a due Dipartimenti non ancora censiti: **Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Cure Primarie *(attuato)***
- Predisposizione **regolamento su accesso civico semplice e generalizzato *(attuato)***
- Predisposizione **regolamento su gestione conflitti interesse *(attuato)***
- Approfondimento di alcune aree di **rischio specifiche per la sanità** individuate nel PNA 2016 e rivalutazione processi, livello di rischio e misure di prevenzione ***(attuato)*** :

➢ Nomine e incarichi
➢ Rapporti contrattuali con strutture accreditate
➢ Libera professione
➢ Decessi in ambito ospedaliero

Per l'anno 2018 gli obbiettivi assegnati sono stati:

- Attuazione misure di prevenzione della corruzione e attuazione obblighi di trasparenza (per tutte le strutture) con obbligo di relazione semestrale al 30.6.18 al 31.12.2018
- Estensione mappatura dei processi a rischio ad altri due Dipartimenti non ancora censiti: Dipartimento dei servizi e Dipartimento Materno-Infantile
- Aggiornamento catalogo dei rischi area acquisti in ambito sanitario , contratti, appalti.
- Adozione/ Aggiornamento nuovo Codice Disciplinare del comparto e della Dirigenza integrati con il Codice di Comportamento
- Regolamento sugli incarichi a titolo gratuito dopo la cessazione dal servizio
- Nuova procedura per la tutela dei segnalanti (Whisleblowing)
- Monitoraggio sull'applicazione ed il rispetto del regolamento per il conferimento ai dipendenti di incarichi extra-istituzionali.
- Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitti in tutti i procedimenti a rischio
- Acquisizione dichiarazioni assenza cause d'inconferibilità /incompatibilità
- Formazione del personale in materia di anticorruzione (1) ultima tranche Corso fornito dalla ditta Sanitanova 2) Attuazione corso residenziale in collaborazione con ALISA 3) Corso FAD per 1500 dipendenti da attuare nel corso del 2019)
- Predisposizione regolamento integrato su "Accesso civico semplice , civico generalizzato e documentale.

Per l'anno 2019 gli obiettivi assegnati sono stati:

- Attuazione misure di prevenzione della corruzione e attuazione obblighi di trasparenza (per tutte le strutture) con obbligo di relazione semestrale al 30.6.19 e al

31.12.2019

- Approfondimento analisi dei processi a rischio dei laboratori e aggiornamento catalogo dei rischi e previsione misure in tale area (Vedi aggiornamento Registro rischi pag.4-16 S.C. Laboratorio Analisi - Dipartimento dei servizi) a seguito dell'indagine che ha coinvolto l'Ospedale San Martino di Genova su presunte truffe per effettuazione esami senza pagamento ticket ad amici e parenti
- Approfondimento analisi del processo a rischio riferito ai decessi in ambito ospedaliero e aggiornamento catalogo dei rischi e previsione misure in tale area (Vedi aggiornamento Registro rischi pag. 1-3 Direzione medica di presidio) a seguito di segnalazione scritta in corso d'anno
- Approfondimento della mappatura dei processi maggiormente a rischio (acquisizione e progressione del personale ,contratti pubblici, gestione entrate spese e patrimonio, controlli verifiche ispezioni e sanzioni, rapporti con privati accreditati ,attività libero professionali, liste d'attesa farmaceutica, ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni, laboratori analisi e radiologia)
- Regolamento su sponsorizzazioni formative (delibera n. 582 del 18.07.2019)
- Analisi dell'Istituto della Rotazione degli Incarichi e predisposizione linee guida **(Allegato n. 3)**
- Analisi sul conflitto di interessi in ambito sanitario **(Allegato n. 4)**
- Approfondimento delle misure di prevenzione a carattere generale **(Allegato n. 5)**
- Individuazione indicatori di monitoraggio delle misure di prevenzione a carattere generale **(Allegato n. 6)**
- Adozione programma informatizzato per gestione segnalazioni (Whistleblowing) (delibera n. 211 del 29.10.2019)
- Adozione Regolamento aziendale per l'acquisizione di beni e servizi, affidamento lavori e servizi attinenti l'architettura e all'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria (delibera n. 207 del 29.10.2019)
- Aggiornamento e revisione regolamento aziendale su delibere/determine (Delibera n. 221 dell'8.11.2019);
- Monitoraggio sull'applicazione ed il rispetto del regolamento per il conferimento ai dipendenti di incarichi extra-istituzionali.
- Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitti in tutti i procedimenti a rischio
- Acquisizione dichiarazioni assenza cause d'inconferibilità /incompatibilità
- Formazione del personale in materia di anticorruzione :Corso FAD organizzato a livello regionale in collaborazione con ALISA e ASL 3 per circa 1200 dipendenti che non avevano ancora fatto formazione in materia (70% percentuale di effettuazione corso)

Gli obiettivi assegnati sono stati effettuati nel corso dell'anno 2019 e verificati in sede di consuntivo dal RPC e dall'OIV e in relazione al grado di raggiungimento verrà erogato il premio di risultato annuale 2019.

Gli obiettivi assegnati compresa l'estensione della mappatura dei processi e la rivalutazione delle aree di rischio specifiche sopra elencate vengono riportati e inseriti nel registro dei rischi, **allegato 1** al presente Piano e diventano misure obbligatorie da attuare . Gli esiti della valutazione dell'adempimento degli obblighi in materia di anticorru-

zione e trasparenza sono riportati nelle **relazioni semestrali del RPCT** allegate al presente Piano (n. 2 relazioni su adempimento misure anticorruzione, **all. 7/A** n. 2 relazioni su adempimento obblighi trasparenza, **all. 8/B**)).

Per quanto riguarda l'individuazione di ulteriori **specifici obiettivi per l'anno 2020** da assegnare alle diverse strutture dell'azienda in relazione all'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza , con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, il RPCT presenterà apposite proposte alla Direzione, in tempo utile rispetto alla predisposizione del Piano annuale degli obiettivi aziendali da assegnare al personale dirigente. Gli obiettivi che verranno accettati dalla Direzione e assegnati in sede di budget 2020 verranno riportati nell'aggiornamento del PTPC triennio 2021-2023. Il RPCT elabora la sua proposta in modo che tali specifici obiettivi da inserire nel Piano annuale degli obiettivi aziendali conseguano prioritariamente e direttamente dalle misure contenute nel PTPCT.

Gli obiettivi 2020 saranno indicativamente:

- Approfondimento e applicazione nel PTPC di ASL 5 delle indicazioni espresse da ANAC con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2019 in particolare per adeguare il processo di gestione del rischio alle " **indicazioni metodologiche per la gestione di rischi corruttivi" di cui all'allegato 2 al PNA 2019**

- Approfondimento sul tema dei conflitti di interesse in sanità

- Analisi e monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle misure di prevenzione previste nel piano

- Definizione procedure operative per la gestione delle segnalazioni di *whistleblowing* ricevute tramite la piattaforma informatica

- Definizione e informatizzazione del registro accessi

- Regolamentazione per applicazione normativa Antiriciclaggio

- Attività di formazione specifica per RPCT e personale su reati contro la pubblica amministrazione

(Articolo 6)
SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE CORRUZIONE:COMPITI e RESPONSABILITA'

6.1) AUTORITA' DI INDIRIZZO POLITICO

Le autorità di indirizzo politico sono i Direttori aziendali coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione e pertanto chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del piano di prevenzione della corruzione, alla definizione dei suoi contenuti e delle misure da applicare, all'attuazione e al controllo di efficacia

delle misure con esso adottate nonché **all'individuazione degli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione**. Questi ultimi costituiscono contenuti necessari del PTPC (art 1, co 8,Legge 190/2012 come novellato dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016).La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Sempre nell'ottica di un effettivo coinvolgimento degli organi di indirizzo nella impostazione della strategia di prevenzione della corruzione, ad essi spetta anche la decisione in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPC funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività. Si ricorda, inoltre, che gli organi di indirizzo ricevono la relazione annuale del RPC, possono chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività e ricevono dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza

L'Autorità di indirizzo politico (DIRETTORE GENERALE/COMMISSARIO STRAORDINARIO):

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;(art. 1,comma 7 , Legge 190/2012)
- assicura al Responsabile della Prevenzione e al Responsabile della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio; dota il RPC di una struttura organizzativa di supporto adeguata
- adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e i loro aggiornamenti annuali ;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quale, a titolo di esempio, il Codice di Comportamento aziendale, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra il Piano e gli altri atti di programmazione aziendale;
- promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e della integrità;
- assicura il reale coordinamento tra il PTPC e gli altri strumenti di programmazione e, in particolare, con il ciclo della *performance*.
- assicura la più larga condivisione delle misure sia nella fase dell'individuazione delle misure di prevenzione che nella fase della loro attuazione.(**Determina ANAC n. 12/2015)**

Particolare attenzione, deve essere posta al fine di assicurare un pieno coinvolgimento e la partecipazione anche dei titolari degli uffici di diretta collaborazione con il Direttore generale (**Direttore Amministrativo, Sanitario e Socio-sanitario, strutture di STAFF, (controllo di gestione,qualità e accreditamento)**. Queste figure, rivestono un ruolo chiave per il successo delle politiche di prevenzione della corruzione. Il Piano triennale deve essere elaborato con la piena collaborazione e l'attiva partecipazione di tali figure, da garantire in termini di contributo conoscitivo al

PTPC e di diretta responsabilità per gli atti compiuti a supporto dell'opera degli organi di indirizzo.

6.2) RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La figura del RPC è stata interessata da sostanziali modifiche introdotte dal D.Lgsl. 97/2016 e dal PNA 2016 ;infatti è stato unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di responsabile Corruzione con l'incarico di Responsabile trasparenza (ora RPCT) e rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Altro elemento di novità è quello di una marcata interazione con l'OIV.

CRITERI DI SCELTA, PROFILI SPECIFICI e REQUISITI SOGGETTIVI PER NOMINA RPC DELLE AZIENDE SANITARIE (PNA 2016; PNA 2018 paragrafo 5; delibera ANAC n.840 del 2 ottobre 2018, delibera ANAC n. 1064 DEL 13 novembre 2019 pag. 68-87)

- L'art. 1, comma 7, L.n. 190/2012 stabilisce che l'organo di indirizzo individua l'RPCT , di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio;
- necessità che l' RPCT svolga il proprio ruolo con effettività e poteri di interlocuzione reali con gli organi di indirizzo e l'intera struttura amministrativa;
- il RPCT deve avere adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'Azienda e dei diversi processi per la produzione dei servizi sanitari nonché conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- capacità di valutare il contesto e gli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda e della rete di relazioni interne ed esterne in ambito locale, regionale ed extra regionale;
- conoscenza strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance per le necessarie interconnessioni;
- deve essere dotato di necessaria autonomia valutativa, non deve essere in una posizione di conflitto di interessi e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati a uffici con attività di gestione e di amministrazione attiva;
- l'eventuale nomina di un dipendente non dirigente va adeguatamente motivata con riferimento alle caratteristiche dimensionali e organizzative dell'ente;
- non risulta coerente con i requisiti di legge la nomina di un dirigente che provenga direttamente da uffici di diretta collaborazione con organo di indirizzo ove esista vincolo fiduciario;
- ANAC esclude per la nomina a RPCT (a titolo indicativo e non esaustivo): direttore generale; dirigente (sanitario e amministrativo) di struttura semplice; dirigente responsabile del settore gare e appalti; dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari; dirigente esterno con contratto di collaborazione/ consulenza e/o altro tipo di rapporti a tempo determinato;
- negli enti del SSN il RPCT deve almeno occupare una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale e tale funzione di RPCT è aggiuntiva, a invarianza di risorse economiche rispetto al ruolo già ricoperto all'interno dell'organizzazione;
- eventuali scelte residuali dovranno essere adeguatamente motivate.

- il RPCT deve essere una figura di garanzia per l'istituzione sanitaria e non un incarico di natura fiduciaria. Di ciò deve tenersi conto anche nella determinazione della durata dell'incarico, non correlata a quella del contratto del Direttore Generale.
- ferma restando la trasversalità della formazione per tutti i soggetti, la figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo. La formazione deve riguardare, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi di costruzione dei PTPC e delle connesse relazioni annuali: es. l'analisi di contesto, esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse;
- Richiamando la **delibera ANAC del 2 ottobre 2018, n. 841** si ritiene altamente non opportuno attribuire il ruolo di RPCT agli avvocati iscritti all'albo speciale delle amministrazioni e degli enti pubblici ai sensi dell'art. 23 della legge 31 dicembre 2012, n. 247. Ciò in considerazione del fatto che il ruolo di RPCT comporta necessariamente rapporti costanti e diretti con l'organo di vertice e con tutte le strutture dell'amministrazione nonché lo svolgimento di numerosi compiti e attribuzioni alcuni dei quali presentano profili di natura gestionale e sanzionatoria che potrebbero generare un *vulnus* al corretto svolgimento dei compiti dell'avvocato.
- Qualora l' RPCT sia anche titolare o componente di organi con funzioni di controllo, occorre valutare attentamente le conseguenze e gli oneri che il cumulo di funzioni in capo al RPCT possono comportare. Resta comunque fermo che i poteri che possono essere esercitati in qualità di organo di controllo interno devono essere ben distinti da quelli che vengono esercitati come RPCT. Come già indicato dall'ANAC è da escludere, per evitare che vi siano situazioni di coincidenza di ruoli fra controllore e controllato, che il RPCT possa ricoprire anche il ruolo di componente o di presidente dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV), dell'Organismo di vigilanza (ODV) o del Nucleo di valutazione.
- L'RPCT dovrà avere sempre mantenuto una condotta integerrima con esclusione di coloro che siano stati destinatari di provvedimenti giudiziali di condanna o provvedimenti disciplinari. Nel ribadire questo, ANAC nell'aggiornamento al PNA 2018 fornisce alcune precisazioni ulteriori. In particolare, l'amministrazione è tenuta a considerare tra le cause ostative allo svolgimento e al mantenimento dell'incarico di RPCT le condanne in primo grado prese in considerazione nel decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, art. 7, co. 1, lett. da a) ad f)9, nonché quelle per i reati contro la pubblica amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal d.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «*Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione*».L' RPCT deve dare tempestiva comunicazione all'Azienda di aver subìto eventuali condanne di primo grado, almeno tra quelle relative alle disposizioni sopra richiamate. L'Azienda , ove venga a conoscenza di tali condanne da parte del RPCT o da terzi, è tenuta alla revoca dell'incarico di RPCT. I provvedimenti di **revoca** devono essere tempestivamente comunicati all'ANAC secondo quanto previsto dalla normativa vigente e chiarito nel § 6, Parte generale, dell' Aggiornamento PNA 2018, nonché come disciplinato nel Regolamento approvato con delibera ANAC n. 657 del 18 luglio 2018.Laddove le condanne riguardino fattispecie che non sono considerate nelle disposizioni sopra richiamate, l'Azienda può chiedere l'avviso dell'Autorità anche nella forma di richiesta di parere, al

fine di dirimere le situazioni di incertezza sui provvedimenti da adottare nei confronti del RPCT.

- Qualora nei confronti del responsabile della prevenzione vengano avviati procedimenti disciplinari o penali, si procede alla **revoca dell'incarico** con atto motivato secondo la procedura prevista al **par. 6 dell'aggiornamento del PNA 2018 (Delibera ANAC n. 1074 del 21.11.2018.**

COMPITI E POTERI DELL'RPCT

- **L'art 1, co. 8, l. 190/2012** stabilisce che il RPCT predispone - in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) - il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- **L'art 1, co. 7, l. 190/2012** stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- **L'art. 1 co. 9, lett. c), l.190/2012** dispone che il PTPC preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- **L'art 1, co. 10, l. 190/2012** stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- **L'art. 1, co. 14, l. 190/2012** stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC.
- **L'art. 43, d.lgs. 33/2013** assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "*un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione*".
- **L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013** attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: "*Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni*".

- **L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013** precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.
- **L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62** stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione costituisce il riferimento aziendale per tutti gli adempimenti connessi all'applicazione della Legge n.190/2012, che assegna al medesimo compiti e poteri di vigilanza e controllo e compiti istruttori in caso di segnalazioni di fatti di natura corruttiva, compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi (art.1 l. n. 190/2012 e art . 15 d.lgs. n.39\2013) e rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza. Nello specifico:

Ai sensi della legge 190/2012:

- elabora e propone al Direttore Generale il Piano Triennale della prevenzione della corruzione;
- definisce le priorità di trattamento dei rischi;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa col Direttore/Responsabile di struttura competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- entro la data stabilita dall'ANAC, pubblica sul sito web dell'azienda una relazione recante i risultati dell'attività svolta (art.1, comma 14, Legge 190/2012)
- riferisce sull'attività alla Direzione Generale su richiesta di quest'ultima e ogni qualvolta ne ravvisi l'opportunità;

Ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013 e dell'intesa in sede di Conferenza unificata Stato - Regioni del 24 luglio 2013:

- Al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle **inconferibilità e incompatibilità** degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni all'ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione", adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT "avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza

dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."

- Contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo;
- Segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato decreto legislativo;

Ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013:

- cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

PREROGATIVE DEL RPCT

Per l'espletamento dei suoi compiti, il Responsabile della prevenzione della corruzione è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.

RAPPORTI CON L'ORGANO DI INDIRIZZO

Intento del d.lgs. 97/2016 è di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, come auspicato da ANAC.

- **L'art. 1, co. 8, l.190/2012** stabilisce che "*l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC*". Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

- **L'art. 1, co.14, l.190/2012** stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.

• **L'art. 1, co. 7, l.190/2012** stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.

• La medesima disposizione, al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che *"l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività"*.

• Viene attribuito al RPCT il potere di indicare agli uffici competenti dell'azione disciplinare i dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione;

• Viene esteso il dovere di segnalazione all'ANAC di misure discriminatorie - quindi non più solo in caso di revoca - nei confronti del RPCT comunque collegate allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso ANAC può richiedere informazioni all' organo di indirizzo e intervenire con poteri ex art. 15, c. 3 DL 39/13.

• Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto , al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni (art. 1, co. 7 e co. 82, l. n. 190/2012, art. 15, co. 3, del d. lgs. 39/2013).

I RAPPORTI CON ANAC

E' di estremo rilievo valorizzare i rapporti tra ANAC e RPCT. Ciò in quanto il RPCT è una figura chiave nelle amministrazioni e negli enti per assicurare effettività al sistema di prevenzione della corruzione come declinato nella l. 190/2012. Da qui il particolare rilievo che ANAC attribuisce alla scelta del RPCT nelle Amministrazioni e negli altri enti tenuti a nominarlo.

Con tale soggetto ANAC interagisce nello svolgimento della propria attività di vigilanza per verificare sia l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione di cui alla l. 190/2012, sia il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013.

Relativamente alla vigilanza sulle misure anticorruzione, si ricorda che l'art. 1, co. 2, lett f), della l. 190/2012 assegna ad ANAC il compito di esercitare la vigilanza e il controllo sull'effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure anticorruzione adottate dalle pubbliche amministrazioni e sul rispetto delle regole sulla trasparenza amministrativa.

La collaborazione dei RPCT è indispensabile per l'Autorità al fine di poter compiutamente svolgere tali funzioni.

Con **Regolamento del 29 marzo 2017 (Delibera n. 330 del 29 marzo 2017)** l'ANAC ha chiarito le modalità di interlocuzione con il RPCT.

È al RPCT dell'amministrazione che l'ANAC si rivolge per comunicare l'avvio del procedimento di vigilanza di cui al richiamato art.1, co. 2, lett. f), della l. 190/2012. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile per l'avvio del procedimento.

In questa fase il RPCT è tenuto a collaborare attivamente con l'Autorità e a fornire le informazioni e i documenti richiesti in tempi brevi, possibilmente corredati da una relazione quanto più esaustiva possibile, utile ad ANAC per svolgere la propria attività.
Per la predisposizione della relazione, il RPCT esercita i poteri di vigilanza e controllo e acquisisce dati e informazioni come delineato dall'Autorità nella citata Delibera n. 840/2018.

Con riferimento alla vigilanza e al controllo sulla trasparenza esercitata dall'Autorità si richiama l'art. 45, del d.lgs. 33/2013 che assegna ad ANAC i compiti di «*controllare l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni (...) ovvero alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza*» (art. 45, co. 1, d.lgs. 33/2013) nonché il compito di «*controllare l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni*» (art. 45, co. 2, d.lgs. 33/2013).

Il legislatore assegna al RPCT il compito di svolgere all'interno di ogni ente «*stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione*» (art. 43, co. 1, d.lgs. 33/2013).

È evidente quindi l'importanza della collaborazione tra l'Autorità e l'RPCT al fine di favorire la corretta attuazione della disciplina sulla trasparenza. Le modalità di interlocuzione e di raccordo sono state chiarite dall'Autorità con Regolamento del 29 marzo 2017.

Il RPCT è il soggetto (insieme al legale rappresentante dell'amministrazione interessata, all'OIV o altro organismo con funzioni analoghe) cui ANAC comunica l'avvio del procedimento con la contestazione delle presunte violazioni degli adempimenti di pubblicazione dell'amministrazione interessata. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile ad ANAC per valutare l'avvio del procedimento.

E' opportuno che il RPCT riscontri la richiesta di ANAC nei tempi previsti dal richiamato Regolamento fornendo *in primis* notizie sul risultato dell'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, che è tenuto a svolgere stabilmente ai sensi dell'art. 43, co.1, del d.lgs. 33/2013.

ANAC,qualora nello svolgimento dei compiti di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 del d.lgs. 33/2013 rilevi l'esistenza di fattispecie sanzionabili ai sensi dell'art. 47 dello stesso decreto si rivolge al RPCT dell'amministrazione o dell'ente interessato perché fornisca le motivazioni del mancato adempimento. Spetta al RPTC, quindi, verificare se l'inadempimento dipenda, eventualmente dalla mancata comunicazione da parte dei soggetti obbligati trasmettendo, se ricorra questa ipotesi, i dati identificativi del soggetto che abbia omesso la comunicazione.

In tali casi è opportuno che il RPCT riscontri la richiesta dell'Autorità, eventualmente con una nota congiunta, indicando chiaramente i motivi della mancata pubblicazione anche al fine di dimostrare che l'inadempimento è dipeso dalla omessa comunicazione del soggetto obbligato e comunque da causa a lui non imputabile.

- **L'art. 43, d.lgs 33/2013** stabilisce che al RPCT spetta il "*controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione*".

- **L'art 15, d.lgs. 39/2013** analogamente, stabilisce che il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.

- Ai fini di garanzia della posizione di indipendenza dell'RPCT la medesima norma, al comma 3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti **di revoca del RPCT** qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co. 7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con "*Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione*" adottato dal Consiglio dell'Autorità in **data 18 luglio 2018**.

- **L'art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62,** stabilisce che il RPCT comunichi ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento.

- **L'art. 45, co. 2, d.lgs 33/2013** stabilisce che l'ANAC controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni.

RESPONSABILITA' DELL' RPCT

- A fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT.

- **In particolare, l'art. 12 l. 190/2012** stabilisce che *"In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano"*. **L'art. 14** stabilisce altresì che *"In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile (...)risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, (....) nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare"*.

SUPPORTO CONOSCITIVO E OPERATIVO A RPCT

- **L'art. 1, co. 9, lett. c) l.190/2012**, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

- **L'art. 16, co. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001** stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a *"fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione"* [1].

- **L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013** stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a *"rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione"*.

- deve essere garantita una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito.

- devono essere assicurati al RPCT poteri effettivi, di interlocuzione nei confronti di tutte le strutture, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse.

- è necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT

di avvalersi di personale di altri uffici.(es. controlli interni, strutture di audit, strutture che curano piano *performance*).

OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DELL'RPCT

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

A tal fine, i Responsabili di Struttura e i Referenti delle macro-aree devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'ASL per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- l'adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'ASL nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'ASL;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui l'ASL 5 sia parte ricorrente/attorea o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a

fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa.

I Referenti individuati nel successivo capitolo, i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Responsabili delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e ai fini della responsabilità disciplinare.

Al Responsabile è riconosciuta totale autonomia decisionale. Nell'ambito della propria attività e in dipendenza funzionale con l'esercizio dei propri compiti, il Responsabile della prevenzione potrà quindi accedere a qualunque documento aziendale compatibilmente con il segreto d'ufficio e con il segreto professionale.

RAPPORTI TRA RPCT e RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (RPD o DPO)

Il RPCT ai sensi della normativa vigente (legge 190/2012) deve essere scelto fra personale interno alle amministrazioni o enti. Diversamente il RPD o DPO (figura introdotta dal regolamento UE n.679/2016) può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679).

Fermo restando, quindi, che il RPCT è sempre un soggetto interno, qualora il RPD sia individuato anch'esso fra soggetti interni, ANAC ritiene che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT. Si valuta, infatti, che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT.

Eventuali eccezioni possono essere ammesse solo in enti di piccoli dimensioni qualora la carenza di personale renda, da un punto di vista organizzativo, non possibile tenere distinte le due funzioni. In tali casi, le amministrazioni e gli enti, con motivata e specifica determinazione, possono attribuire allo stesso soggetto il ruolo di RPCT e RPD.

Il medesimo orientamento è stato espresso dal Garante per la protezione dei dati personali nella FAQ n. 7 relativa al RPD in ambito pubblico, laddove ha chiarito che «*In linea di principio, è quindi ragionevole che negli enti pubblici di grandi dimensioni, con trattamenti di dati personali di particolare complessità e sensibilità, non vengano assegnate al RPD ulteriori responsabilità (si pensi, ad esempio, alle amministrazioni centrali, alle agenzie, agli istituti previdenziali, nonché alle regioni e alle asl). In tale quadro, ad esempio, avuto riguardo, caso per caso, alla specifica struttura organizzativa, alla dimensione e alle attività del singolo titolare o responsabile, l'attribuzione delle funzioni di RPD al responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, considerata la molteplicità degli adempimenti che incombono su tale figura, potrebbe rischiare di creare un cumulo di impegni tali da incidere negativamente sull'effettività dello svolgimento dei compiti che il RGPD attribuisce al RPD*».

Resta fermo che, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013. In questi casi il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RDP nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali. Ciò anche se il RPD sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame

INDIVIDUAZIONE RPCT IN ASL 5

Ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge 190/2012, **con Delibera del Direttore Generale n. 689 del 4.9.2014 , la dott.ssa Barbara GRAVERINI** ,Dirigente amministrativo di Struttura Complessa è stata nominata **responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza** , unificando nello stesso soggetto ,come previsto dall'art. 43 del D.Lgsl. n. 33/2013, le funzioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, a differenza della prima fase organizzativa nella quale le funzioni facevano capo a due diversi dirigenti afferenti a due diverse strutture. La delibera di assegnazione dell'incarico di RPCT (n. 689/2014) stabilisce che l'incarico di RPCT ha la stessa durata temporale dell'incarico istituzionale di Direzione della S.C. "Attività amministrative del Dipartimento di prevenzione e trasparenza dei processi amministrativi" assegnato alla dirigente in oggetto e pertanto ha decorrenza 01.08.2014 La durata dell'incarico è fissata tenendo conto della non esclusività della funzione e dell'incarico dirigenziale di struttura complessa o dipartimentale svolto, quindi di norma ha la stessa durata dell'incarico assegnato al fine di garantire continuità e stabilità alle funzioni evitando una durata temporale troppo breve per l'attuazione degli importanti obiettivi assegnati .A scadenza dall'assegnazione dell'incarico di RPCT , in base al principio della rotazione e per garantire l'apporto di nuovi impulsi, iniziative e professionalità da parte di soggetti diversi, l'incarico stesso dovrà di norma essere assegnato ad altro dirigente in possesso dei requisiti richiesti per tale ruolo che non si trovi in situazione di incompatibilità . Ciò anche al fine di favorire e sensibilizzare la conoscenza, la formazione e l'esperienza pratica dei Dirigenti di struttura nelle tematiche della prevenzione della corruzione. La proroga dell'incarico ha quindi carattere eccezionale solo in assenza di altri Dirigenti compatibili allo svolgimento della funzione in oggetto o in via temporanea. **L'incarico di RPCT alla dott.ssa Graverini Barbara è stato prorogato temporaneamente con delibera Commissario straordinario n. 356 del 30.12.2019**

6.3) REFERENTI PER LA PREVENZIONE

Al fine di favorire l'espletamento delle funzioni e dei compiti assegnati dalla Legge al Responsabile per la prevenzione della corruzione e promuovere il rispetto delle disposizioni contenute nel Piano, sono stati individuati, secondo quanto previsto dalla

Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n.1/2013, i referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza.

Ciascun Direttore di Dipartimento o di Struttura Complessa è stato individuato quale referente per la prevenzione della corruzione e di norma anche per la Trasparenza nell'ambito della Direzione o del Dipartimento al quale è preposto (**Delibera del Direttore Generale n. 532 del 25/07/2013).**

I referenti, svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'amministrazione e garantiscono l'osservanza del Piano nell'ambito delle strutture facenti parte della propria Direzione o del proprio Dipartimento. (art.1, comma 14, legge 190/2012).

I referenti, quindi concorrono ad assicurare in modo diffuso e capillare un'azione coordinata di attività di controllo per la prevenzione del rischio della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, e riferiscono al Responsabile della prevenzione sulle attività svolte nell'esercizio delle proprie funzioni.

Essi, inoltre, con riferimento alle articolazioni cui sono preposti segnalano:

- i dipendenti da inserire nei piani di formazione sui temi della legalità, che operano
- nei settori a più elevato rischio di corruzione;
- eventuali modifiche intervenute rispetto al presente Piano, nell'individuazione di attività a più elevato il rischio di corruzione o eventuali mutamenti organizzativi tali da richiedere una modifica del piano stesso:
- eventuali accertamenti di violazione del presente piano;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti interni per la conclusione dei procedimenti;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sui rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione ed erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, amministratori o soci e dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Amministrazione;
- le esigenze, ai sensi del presente Piano, in termini di rotazione di incarichi negli uffici preposti a svolgere attività, ove è più elevato il rischio di corruzione;
- qualsiasi informazione ritenuta utile per il pieno conseguimento delle finalità del presente piano.

Tali obblighi d'informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione sono assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del D.Lgsl. n. 165\2001 che disciplina le funzioni dei dirigenti.

Ciascun Direttore, quale referente per la prevenzione della corruzione a livello dipartimentale, può individuare **uno o più dipendenti** per la collaborazione e il supporto operativo all'attuazione delle misure di prevenzione individuate dal presente Piano.

6.4) DIPENDENTI, RESPONSABILI DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE, DIRIGENTI

I dipendenti destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposte alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative, i dirigenti, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, a seguito della pubblicazione sul portale aziendale devono essere a conoscenza del presente Piano e devono provvedere all'applicazione dello stesso

Tutti i dipendenti delle Strutture organizzative coinvolte nell'attività amministrativa mantengono ciascuno il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

Dipendenti e tutto il personale in servizio (anche a tempo determinato e collaboratori esterni)

Oltre a quanto suindicato, i dipendenti:

- partecipano al processo di gestione del rischio, individuato al punto B.2. dell'Allegato 1 al P.N.A.;
- osservano le misure contenute nel Piano Triennale (art. 1, comma 14, della l. 190\2012);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (art.54 bis del Decreto legislativo n.165 \2001) o al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- segnalano casi di personale conflitto di interessi (art.6 bis, l. n.241\1990 e art. 6 e 7 Codice di Comportamento).
- condividono l'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che siano alla base del codice di comportamento dell'Amministrazione.

Titolari di posizione organizzativa

I titolari di posizione organizzativa nelle strutture ad alto rischio, provvedono al monitoraggio settimanale dell'effettiva avvenuta trasmissione della posta in entrata e, ove possibile in uscita; relazionano contestualmente al proprio dirigente sulle eventuali anomalie.

Le anomalie (procedure non conformi alle direttive aziendali) costituiscono elemento di valutazione della responsabilità da parte del dipendente preposto alla trasmissione.

La mancata segnalazione dell'anomalia costituisce elemento di valutazione della responsabilità del titolare di posizione organizzativa.

Dirigenti

Nell'area di rispettiva competenza, i Dirigenti:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione, dei referenti e dell'Autorità Giudiziaria (art.16 Decreto Legislativo n. 165/2001)
- partecipano al processo di gestione del rischio in un'ottica di piena condivisione degli obiettivi e di massima responsabilizzazione, al monitoraggio del rispetto dei tempi procedimentali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie e propongono misure di prevenzione (art.16 d.lgs.165\2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (art.16 e 55 Decreto Legislativo n. 165/2001);
- osservano le misure contenute nel Piano Triennale (art 1, comma 14, Legge n.190/2012)
- propongono al Responsabile della prevenzione della corruzione, i dipendenti da inserire in particolari programmi di formazione;
- inseriscono nei bandi di gara apposita clausola che preveda l'esclusione di coloro he non dichiarino di aderire alle regole di legalità previste dal Codice di Comportamento aziendale, per quanto compatibili (art. 1, comma 17, Legge 190/2012).
- provvedono, al **monitoraggio semestrale dell'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza relazionando al RPCT.**

6.5) ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'ASL 5, con Delibera n. 1019 del 24.12.2018 ha rinominato **l'Organismo Indipendente di valutazione.** L'OIV svolge le funzioni , previste dal Decreto Legislativo n. 150/2009.Con delibera n. 1111 del 13.12.2017 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento OIV.

L'OIV garantisce la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale della performance; svolge inoltre funzioni di monitoraggio e verifica degli obblighi di pubblicazione sul sito della trasparenza (delibera ANAC n. 148/2014) assicurando la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità dei risultati raggiunti dal personale dirigenziale.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione, l'OIV verifica la corretta applicazione del Piano di prevenzione della corruzione da parte dei Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale o Strutture Semplici.

Come stabilito da P.N.A., gli organismi di controllo interno:

- partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni

inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;

- validano la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 del D.Lgsl. 150/2009 dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art.43 e 44 Decreto Legislativo n. 33/2013);In particolare promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai sensi art. 14 D.Lgsl.150/2009;
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art.54 e 55 D.Lgsl.n.165\2001).
- verificano la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza. (determina ANAC n. 12/2015)
- verificano i contenuti della relazione annuale del RPCT sull'attuazione delle misure anticorruzione (art.1,comma 14 Legge 190/2012)

6.6)UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Il suddetto organismo, che nell'anno 2019 è stato interessato dai seguenti provvedimenti:

1. Delibera n. 100 del 12.2.2019 " Ufficio Procedimenti Disciplinari: determinazioni"
2. Delibera Comm. Straordinario n.72 del 3.09.2019 "Ufficio Procedimenti Disciplinari. Proroga"
3. Delibera Comm. Straordinario n. 193 del 29.10.2019 "Ufficio Procedimenti Disciplinari. Nomina Componenti"

- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art.55 bis Decreto Legislativo n.165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria (art. 20 Decreto del Presidente della Repubblica n. 3/1957; art 1 comma 3 - Legge n.20\1994; art. 331 Codice di Procedura Penale);
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento.
- svolge attività di vigilanza e in raccordo col responsabile della prevenzione della corruzione attività di monitoraggio previste dall'art. 15 del Dpr. N. 62/2012 e dal Codice di comportamento aziendale.

6.7) COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO CON L'AMMINISTRAZIONE

Il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai soggetti sopra indicati anche a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;

- Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- Personale assunto con contratto di somministrazione;
- Borsisti, stagisti e tirocinanti

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della S.C. Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e del Codice di Comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del PTPC e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Per la categoria dei Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale l'ambito e le modalità di estensione verranno definite in sede di contrattazione integrativa con i Rappresentanti delle rispettive OO.SS., fatte salve in ogni caso le eventuali diverse disposizioni emanate a livello nazionale e/o regionale.

6.8) NOMINA RASA E GESTORE ANTIRICICLAGGIO

Ai sensi del PNA 2016 (par. 5.2.f) il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto (RASA, Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti) preposto all'iscrizione e aggiornamento dell' Anagrafe unica stazioni appaltanti (AUSA) e a indicarne il nome nel PTPC.

Con delibera n. 1080 del 22.12.2016 è stato individuato come **RASA lo stesso RPCT dott.ssa Barbara Graverini**

Con delibera n. 1002 del 24.11.2016 in applicazione del DM Ministero degli Interni del 25.09.2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici delle PP.AA." è stato nominato all'interno dell'ASL 5, il soggetto Gestore delegato alla valutazione e trasmissione all'UIF (Unità di valutazione Finanziaria) delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo. Il soggetto nominato **Gestore è il Direttore della S.C. Gestione Risorse economiche e finanziarie dott. Fabio Cargiolli.** Si procederà nel corso del triennio di validità del presente Piano ad adottare apposito regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo sulla base delle indicazioni contenute nel decreto UIF del 23.04.2018 " Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle PP.AA" .La normativa antiriciclaggio è diretta ad impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da attività illecite, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti

pubblici.

Tale Regolamento avrà lo scopo di:

- favorire l'individuazione, da parte degli Uffici, di eventuali transazioni ed operazioni economico-finanziarie che, per la presenza di caratteristiche ed elementi particolari (indicatori di cui al DM del 25.09.2015 e decreto UIF del 23.04.2018) possano generare anche solo il sospetto di possibili azioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- definire la procedura di segnalazione delle operazioni sospette, supportando le competenti autorità nelle attività di prevenzione e repressione di tali fenomeni criminosi.

Il Regolamento è rivolto alle Strutture aziendali che, per la natura delle funzioni esercitate, svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico connesse con la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di qualsiasi tipo, o con la realizzazione di un obiettivo di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero a quelle che svolgono i controlli nei confronti dei destinatari di dette operazioni, identificati quali soggetti cui è riferita l'operazione, siano essi persone fisiche o giuridiche.

(Articolo 7)
OBBLIGHI DI CONOSCENZA

La presa visione del Piano e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari di cui ai precedenti articoli.

Per agevolare l'assolvimento di tale obbligo:

- verrà pubblicato un avviso sul sito istituzionale e sulla rete intranet e inviata una mail a tutti i dipendenti per informare dell'avvenuta pubblicazione del Piano e dei suoi aggiornamenti e dell'obbligo di prenderne visione;
- i Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail;
- il Responsabile della SC Gestione Risorse Umane inserisce clausola nei contratti di lavoro di ogni nuovo assunto o collaboratore circa l'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposito sito web
- i Responsabili delle ditte/associazioni il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura o di collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASL, adottano le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del PTPCT e del Codice di Comportamento dell'Azienda da parte dei propri dipendenti

(Articolo 8)
PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO:

(Allegato n. 1 del PNA 2019 di cui alla delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019)

Ai fini di una migliore impostazione e realizzazione del processo di gestione del rischio, si tiene conto nel presente Piano dei principi di seguito indicati, già contenuti nell'allegato 5 del PNA 2013 e meglio esplicitati nella **Determina ANAC n. 12 /2015 (Aggiornamento PNA 2015) con riserva di adeguare nel corso dell'anno 2020 il presente piano e la presente sezione relativa al processo di gestione del rischio ai contenuti del PNA 2019 in particolare ALLEGATO n. 1 Indicazio ni metodologiche per la gestione di rischi corruttivi :**

La gestione del rischio di corruzione:

a) va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. Pertanto non è un processo formalistico né un mero adempimento burocratico;
b) è parte integrante del processo decisionale. Pertanto, essa non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
c) è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della *performance* e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPC per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle *performance* o in documenti analoghi. L'attuazione delle misure previste nel PTPC è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;
d) è un processo di miglioramento continuo e graduale. Essa, da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
e) implica l'assunzione di responsabilità. Essa si basa essenzialmente su un processo di diagnosi e trattamento e richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPC;
f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC).
g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

Il **processo di gestione del rischio** adottato dall'ASL 5 si basa sul modello previsto nel PNA e tiene conto delle indicazioni di cui alla Determina ANAC n. 12/2015 e nel rispetto dei principi sopra riportati si sviluppa in un processo dinamico articolato in diverse fasi di intervento:

- **FASE DI ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO** (si richiama art. 4 del presente Piano) e conseguente **MAPPATURA DEI PROCESSI (individuazione aree a rischio)** da svolgere su tutta l'attività dell'azienda (non solo sulle aree obbligatorie ma su tutte le aree a rischio anche ulteriori sulla base delle specificità dell'Azienda) al fine di identificare le aree che in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa risultano potenzialmente esposte a rischi di corruzione. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. Essa consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. al fine di procedere all'elaborazione del registro dei rischi e definire l'ambito di intervento

- **FASE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO :** è la macro fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità e le possibili misure preventive:

  a) **Identificazione degli eventi rischiosi** L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'Azienda. L'individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull'amministrazione. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso «*non identificato in questa fase non viene considerato nelle analisi successive*», compromettendo l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

  b) **Analisi del rischio**: L'analisi del rischio ha come obiettivo quello di consentire di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente e di individuare il livello di esposizione al rischio delle attività e dei relativi processi.

  L''analisi è essenziale al fine di:

  • comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi (ad es. mancanza di controlli, di trasparenza, inadeguata diffusione della cultura della legalità, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento...)e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli (creando i presupposti per l'individuazione delle misure di prevenzione più idonee);

  • definire quali siano gli eventi rischiosi più rilevanti e il livello di esposizione al rischio dei processi.

  c) **Ponderazione del rischio:** L'obiettivo della ponderazione del rischio, è di «*agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione*» (PNA).
  In altre parole, la fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi

dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera. La ponderazione del rischio viene attuata in ASL 5 secondo un criterio "prudenziale" Quindi , anche in presenza di un rischio basso si è proceduto comunque all'individuazione di misure di prevenzione della corruzione. La **determinazione del livello di esposizione al rischio** dei singoli processi (valutazione del rischio) è stata effettuata in ASL 5, utilizzando la metodologia e i criteri riportati nella tabella All.5 PNA cioè in termini di probabilità e impatto che si realizza attraverso la misurazione della probabilità che un rischio si realizzi e delle conseguenze che esso produrrebbe all'interno dell'Amministrazione..

- **FASE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO**(identificazione e programmazione delle misure di prevenzione): Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Le misure non devono essere astratte , ma devono opportunamente essere progettate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione. La fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di contemperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili. Le misure possono essere misure "obbligatorie" e misure "ulteriori". Le prime sono definite come tutte quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative; le seconde, invece, possono essere inserite nei PTPC a discrezione dell'amministrazione. Il Piano di ASL 5 contiene sia misure obbligatorie che ulteriori e prevede per ogni misura individuata, la tempistica di attuazione, il responsabile e gli indicatori e la periodicità del monitoraggio.

L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili e dei Dirigenti delle strutture aziendali e dei titolari di posizioni organizzative, di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi.

Nel corso dell'anno 2016 si è proceduto, unitamente ai responsabili delle strutture aziendali, alla revisione e aggiornamento della precedente mappatura della maggior parte dei processi aziendali e alla verifica e monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel piano stesso

La mappatura è stata effettuata con la metodologia proposta dal PNA integrata con analisi supplementari tra cui:

- Analisi dei procedimenti disciplinari trattati dall'UPD negli ultimi anni
- Analisi dei precedenti giudiziali (procedimenti penali o di responsabilità contabile o amministrativa)
- Analisi dei casi ripresi dai media e dalla stampa della nostra realtà
- Incontri diretti tra RPC e Dirigenti/operatori delle aree a rischio al fine di evidenziare i rischi di corruzione nelle diverse aree di attività dell'Azienda.

L'esito di tale analisi è riportato (**nell'ALLEGATO 1) al presente Piano " REGISTRO DEI RISCHI"**

Nel corso dell'anno 2017 è stata estesa la mappatura dei processi a rischio a due

Dipartimenti sanitari non ancora mappati: Dipartimento salute Mentale e Dipartimento Cure Primarie. Inoltre si è proceduto all'approfondimento di alcune aree di rischio specifiche per la sanità (nomine e incarichi, rapporti con strutture accreditate, conflitti interesse , acquisti in ambito sanitario, decessi in ambito ospedaliero ..).Tali ulteriori analisi sono riportate nel registro dei rischi allegato al presente PTPCT

Nel corso dell'anno 2018 è stata estesa la mappatura dei processi a rischio ad altri due Dipartimenti sanitari non ancora mappati: Dipartimento Materno infantile e Dipartimento dei Servizi e Direzione infermieristica aziendale. Inoltre si è proceduto all'approfondimento di alcune aree di rischio specifiche (contratti, acquisti, rotazione). Tali ulteriori analisi sono riportate nel registro dei rischi allegato al presente PTPCT

Nel corso dell'anno 2019 si è provveduto:

- all'approfondimento dell'analisi dei processi a rischio dei laboratori e all'aggiornamento del catalogo dei rischi e previsione misure in tale area (Vedi aggiornamento Registro rischi pag. 4-16 S.C. Laboratorio analisi- Dipartimento dei servizi)
- Approfondimento analisi del processo a rischio riferito ai decessi in ambito ospedaliero e aggiornamento catalogo dei rischi e previsione misure in tale area (Vedi aggiornamento Registro rischi pag .1-3 Direzione medica di presidio)
- Approfondimento della mappatura dei processi maggiormente a rischio (acquisizione e progressione del personale ,contratti pubblici, gestione entrate spese e patrimonio, controlli verifiche ispezioni e sanzioni, rapporti con privati accreditati ,attività libero professionali, liste d'attesa farmaceutica, ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni, laboratori analisi e radiologia)
- Regolamento su sponsorizzazioni formative (delibera n. 582 del 18.07.2019)
- Analisi dell'Istituto della Rotazione degli Incarichi e predisposizione linee guida (**Allegato n. 3)**
- Analisi sul conflitto di interessi in ambito sanitario(**Allegato n. 4)**
- Approfondimento delle misure di prevenzione a carattere generale **(Allegato n. 5)**
- Individuazione indicatori di monitoraggio delle misure di prevenzione a carattere generale**(Allegato n. 6)**
- Adozione programma informatizzato per gestione segnalazioni (Wistleblowing) delibera n. 211 del 29.10.2019;

(Articolo 9)
MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE

Al fine di verificare l'efficacia del processo di prevenzione del rischio di corruzione e apportare i necessari correttivi, è stato messo a regime **già dall'anno 2016** un adeguato sistema di **monitoraggio semestrale** che comporta la valutazione del livello di rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Il monitoraggio viene effettuato

- Dai soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.
- Dall'RPCT
- Dagli Organismi di valutazione

Il monitoraggio non si sostanzia soltanto nella verifica dell'attuazione del Piano, ma si estende alla verifica dell'efficacia delle misure previste, al fine di definire gli interventi di implementazione e miglioramento dei suoi contenuti.

Rientrano tra le misure di monitoraggio:

- La predisposizione da parte del Responsabile della prevenzione, entro la data stabilita da ANAC , di una **relazione annuale** che riporta il rendiconto, anche sulla base dei rendiconti presentati annualmente dai Referenti e Responsabili di struttura, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano. Lo svolgimento di audit e/o controlli a campione da parte dei Referenti delle macro-aree e del Responsabile della prevenzione, che possono avvalersi, a tal fine, del supporto delle specifiche professionalità richieste dall'oggetto del controllo. Il sistema di monitoraggio e la definizione delle relative modalità operative verrà sviluppato ulteriormente nel triennio di validità del presente piano.

- La definizione di un **sistema di reportistica** tale da consentire ai Referenti e al Responsabile della prevenzione il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure. Considerato il collegamento col Ciclo della Performance la reportistica è quella utilizzata per verificare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia, sia in fase di rendicontazione finale;

- **Nel corso degli anni 2016, 2017, 2018 e 2019** il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza è stato effettuato dall'RPCT alla cadenza temporale del **30 giugno e del 31 dicembre** per ciascuna struttura esaminando l'attuazione dei singoli obblighi sulla base delle relazioni dei responsabili delle strutture. L'RPC ha predisposto apposita relazione semestrale sullo stato di attuazione delle misure anticorruzione e degli obblighi di trasparenza. Le relazioni relative al 2018 sono pubblicate sul sito aziendale e allegate al presente Piano .

(Articolo 10)
METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALL.5 PNA)

L'Asl 5, nel corso degli anni 2016, 2017, 2018 e 2019 ha proceduto all'implementazione del Registro dei rischi attraverso la **misurazione percentuale** del rischio per ciascun processo indicato adottando la metodologia suggerita **dall'Allegato 5 del PNA** (di seguito riportata) per analizzare ciascun singolo procedimento amministrativo/sanitario aziendale:

Indici di valutazione della probabilità (1)	Indici di valutazione dell'impatto (2)
DISCREZIONALITA'	IMPATTO ORGANIZZATIVO
Il processo è discrezionale?	Rispetto al totale del personale impiegato nel
No, è del tutto vincolato 1	singolo servizio (unità organizzativa semplice)
E' parzialmente vincolato dalla legge e da	

atti amministrativi 2 (regolamenti, direttive, circolari) E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3 E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi 4 (regolamenti, direttive, circolari) E' altamente discrezionale 5	competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti) Fino a circa il 20% 1 Fino a circa il 40% 2 Fino a circa il 60% 3 Fino a circa l'80% 4 Fino a circa il 100% 5
RILEVANZA ESTERNA	IMPATTO ECONOMICO
Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento? No, ha come destinatario finale un ufficio interno 2 Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento 5	nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe? No1 Sì 5
COMPLESSITA' DEL PROCESSO	IMPATTO REPUTAZIONALE
Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato? No, il processo coinvolge una sola p.a. 1 Sì, il processo coinvolge più di 3	Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi? No 0

amministrazioni 3 Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni 5	Non ne abbiamo memoria 1 Sì, sulla stampa locale 2 Sì, sulla stampa nazionale 3 Sì, sulla stampa locale e nazionale 4 Sì, sulla stampa locale, nazionale e internaz. 5
VALORE ECONOMICO Qual è l'impatto economico del processo? Ha rilevanza esclusivamente interna 1 Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) 3 Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (affidamento di appalto) 5	IMPATTO ORGANIZZATIVO,ECONOMICO E SULL'IMMAGINE A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa? A livello di addetto 1 A livello di collaboratore o funzionario 2 A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa 3 A livello di dirigente di ufficio generale 4 A livello di capo dipartimento/segretario generale5
FRAZIONABILITA' DEL PROCESSO Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)? No 1 Sì 5	
CONTROLLI (3) Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio? Sì, costituisce un efficace strumento di	

neutralizzazione 1 Sì, è molto efficace 2 Sì, per una percentuale approssimativa del 50% 3 Sì, ma in minima parte 4 No, il rischio rimane indifferente 5 VALUTAZIONE PROBABILITA' Valore medio della sommatoria (Discrezionalità/Rilevanza esterna /Complessità del Processo/valore economico/frazionabilità/controlli)	VALUTAZIONE IMPATTO Valore medio della sommatoria (Impatto organiz./impatto economico/ impatto reputazionale/impatto organiz.economico e sull'immagine)

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO

Valore medio sommatoria probabilità X Valore medio sommatoria Impatto

Tale valore,rapportato al massimo punteggio previsto nell'All.5 del PNA pari a 25

permette di classificare il rischio nel modo seguente:

BASSO rischio 0-15% (oppure 0-3,75)

MEDIO Rischio 16-22% (oppure 3,76-5,50)

ALTO Rischio 23-100%(oppure sopra 5,50)

Note:

(1) Gli indici di probabilità vanno indicati sulla base della valutazione del gruppo di lavoro.

(2) Gli indici di impatto vanno stimati sulla base di dati oggettivi, ossia di quanto risulta all'amministrazione

(3) Per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nella p.a. che sia confacente a ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nella p.a., es. i controlli a campione in casi non previsti dalle norme, i riscontri relativi all'esito

dei ricorsi giudiziali avviati nei confronti della p.a.). La valutazione sull'adeguatezza del controllo va fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nella p.a.. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.
Valori e frequenze della probabilità **0 nessuna probabilità/ 1 improbabile/ 2 poco probabile/ 3 probabile /4 molto probabile 5 altamente probabile**
Valori e importanza dell'impatto **0 nessun impatto/1 marginale /2 minore /3 soglia /4 serio/ 5 superiore**
Valutazione complessiva del rischio **=** **Valore frequenza x valore impatto**

(Articolo 11)
AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE (INDIVIDUATE NEL PNA)

Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica amministrazione. Tuttavia, l'esperienza internazionale e nazionale mostrano che vi sono delle aree di rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte. Quindi, la l. n. 190 e il PNA hanno già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni.

Queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012, e si riferiscono ai procedimenti di:

A) Area:acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione

5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto

D)Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali

Queste aree obbligatorie elencate nell'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012 si riferiscono ai procedimenti di:

a) **autorizzazione o concessione**;

b) **scelta del contraente per l'affidamento di lavori**, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 50 del 2016;

c) **concessione ed erogazione di sovvenzioni**, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

d) **concorsi e prove selettive** per l'assunzione del personale e progressioni di carriera

di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n. 150 del 2009.

Tutte le aree indicate sono state mappate nell'allegato 1 del presente Piano

(Articolo 12)
AREE DI RISCHIO GENERALI PER SANITA' (PNA 2015)

La **Determina ANAC n. 12/2015 (PNA 2015)** ha individuato, all'interno delle aree obbligatorie individuate dal PNA alcune **aree GENERALI per gli Enti del SSN** sulla base dalle peculiarità afferenti la specifica tipologia di organizzazione e le funzioni che essi svolgono quali erogatori di prestazioni nei confronti dei pazienti destinatari finali dei servizi forniti dal Sistema Sanitario Nazionale:

a) **Contratti pubblici**
b) **Incarichi e nomine**
c) **Gestione delle entrate, delle spese, del patrimonio**
d) **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**

Tutte le aree indicate sono state mappate **nell'allegato 1 del presente Piano (Registro dei rischi)**

(Articolo 13)
AREE DI RISCHIO SPECIFICHE / ULTERIORI

La **Determina ANAC n. 12/2015** PNA 2015 ha individuato, anche alcune **aree SPECIFICHE per gli Enti del SSN** in relazione alla tipologia ed alla missione della singola azienda/istituto, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione:

- **attività libero professionale e liste di attesa;**
- **rapporti contrattuali con privati accreditati;**
- **farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;**
- **attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.**

Tutti questi processi sono stati mappati ed esaminati e i risultati dell'analisi sono contenuti **nell'ALLEGATO n. 1 Registro dei rischi**

Il PNA 2016 individuava altre aree specifiche quali (Acquisti in ambito sanitario, nomine, incarichi di struttura complessa, semplice e altri incarichi, rotazione del personale, rapporti con i soggetti erogatori privati di attività sanitaria, accreditamento, alienazione degli immobili, sperimentazioni cliniche e ripartizione proventi , comodato d'uso, gestione tempi d'attesa e libera professione intra-moenia) .

Alcune di queste aree sono state oggetto di approfondimento **nel corso dell'anno 2017** e si è provveduto alla rivalutazione dei processi del livello di rischio e delle misure di prevenzione :

- Nomine e incarichi
- Rapporti contrattuali con strutture accreditate
- Libera professione
- Decessi in ambito ospedaliero

Sempre nel corso dell'anno 2017 si è estesa la mappatura dei processi a due Dipartimenti non ancora esaminati (Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Cure Primaie) .L'estensione della mappatura dei processi e la rivalutazione delle aree di rischio specifiche sopra elencate vengono riportati e inseriti nel registro dei rischi, **allegato 1** al presente Piano e diventano misure obbligatorie da attuare.

Nel corso dell'anno 2018 si è estesa ulteriormente la mappatura dei processi ad altri 2 Dipartimenti ospedalieri (Dipartimento Materno infantile e Dipartimento dei servizi) e si è 'approfondito alcune aree specifiche a rischio per la sanità (acquisti in ambito sanitario, rotazione, contratti).

Nel corso dell'anno 2019 si è provveduto:

- all'approfondimento dell'analisi dei processi a rischio dei laboratori e all'aggiornamento del catalogo dei rischi e previsione misure in tale area (Vedi aggiornamento Registro rischi)
- Approfondimento analisi del processo a rischio riferito ai decessi in ambito ospedaliero e aggiornamento catalogo dei rischi e previsione misure in tale area (Vedi aggiornamento Registro rischi)
- Approfondimento della mappatura dei processi maggiormente a rischio (acquisizione e progressione del personale ,contratti pubblici, gestione entrate spese e patrimonio, controlli verifiche ispezioni e sanzioni, rapporti con privati accreditati ,attività libero professionali, liste d'attesa farmaceutica, ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni, laboratori analisi e radiologia)
- Regolamento su sponsorizzazioni formative (delibera n. 582 del 18.07.2019)
- Analisi dell'Istituto della Rotazione degli Incarichi e predisposizione linee guida **(Allegato n. 3)**
- Analisi sul conflitto di interessi in ambito sanitario **(Allegato n.4)**
- Approfondimento delle misure di prevenzione a carattere generale **(Allegato n. 5)**
- Individuazione indicatori di monitoraggio delle misure di prevenzione a carattere generale **(Allegato n. 6)**

Il Piano anticorruzione di ASL 5 ha individuato anche delle proprie **"aree specifiche"** potenzialmente esposte a rischi corruttivi sulla base dell'analisi dell'attività svolta e della mappatura dei processi:

Quindi oltre alle **Aree OBBLIGATORIE previste nel PNA** e alle **AREE GENERALI E SPECIFICHE individuate dal PNA 2015 e PNA 2016** (tutte recepite all'interno del Piano aziendale), sono state individuate alcune **AREE SPECIFICHE o ULTERIORI PER ASL 5** individuate anch'esse **nell'ALLEGATO 1** al presente Piano.

L'Allegato 1 Registro rischi contiene:

- per ciascuna struttura aziendale sono stati individuati ed elencati tutti i procedimenti di competenza

- per ciascun procedimento è stato valutato l'indice di rischio applicando i criteri di cui all'All.5 del PNA in termini di probabilità e impatto per cui si è definito l'indice numerico che permette la classificazione del rischio in basso, medio, alto

- per ogni procedimento mappato si è verificato se lo stesso rientra in **un'area obbligatoria del PNA** o in **un'area Generale o specifica (determina ANAC n,. 12/2015**) o in **area ULTERIORE e specifica aziendale**

- per ogni procedimento (anche se a basso rischio, anche se in area ulteriore) sono stati individuati i possibili rischi , le misure di prevenzione da applicare , la tempistica di attuazione delle misure di prevenzione, il responsabile delle misure, gli indicatori per il monitoraggio e la tempistica del monitoraggio .

(Articolo 14)
MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO

Le misure di prevenzione del rischio si classificano in :

- **MISURE GENERALI:** sono quelle la cui applicazione discende dalla legge o da altre fonti normative (rotazione del personale, obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, conferimento/autorizzazione incarichi, inconferibilità per gli incarichi dirigenziali, incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali, attività successive alla cessazione dal servizio, formazione di commissioni, tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, formazione, patti di integrità negli affidamenti, azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile, monitoraggio dei tempi procedimentali, monitoraggio rapporti tra Azienda e soggetti esterni, codice di comportamento, trasparenza). A tali misure si fa riferimento nell'ambito del presente Piano.
- **MISURE ULTERIORI O SPECIFICHE:** sono quelle che pur non essendo obbligatorie per legge, possono essere introdotte nel piano aziendale e pertanto diventano anch'esse obbligatorie.

Le misure (sia generali che ulteriori) sono state inserite nel "registro dei rischi". Per ciascuna area/procedimento sono state indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da applicare e mettere a regime per ridurre la probabilità che il rischio di corruzione si verifichi, nonché la tempistica della messa a regime e i soggetti responsabili della loro applicazione.

Nel corso dell'anno 2019 , unitamente agli altri RPCT delle Aziende sanitarie liguri è stato effettuato uno studio ed approfondimento delle misure di prevenzione a carattere generale si è concluso con l'elaborazione di un documento comune che viene allegato al presente Piano Triennale (**ALLEGATO n. 5 e 6)**

(Articolo 15)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:"*ROTAZIONE*"

- **Art. 1,comma 4,lettera e, comma 5 lett. b, comma 10, lett. b, legge n. 190/2012**
- **Aggiornamento PNA 2016 par.7.2.**
- **Aggiornamento PNA 2017 punto 5.1.**
- **Aggiornamento PNA 2018 (delibera ANAC 1074 del 21.11.2018) par. 10**
- **Delibera ANAC n. 555 del 13.06.2018**

Le pubbliche amministrazioni, di cui all'art.1 comma 2, del Decreto Legislativo n. 165\2001, sono tenute ad adottare adeguati criteri per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, compresi i responsabili di procedimento operanti nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

La norma prevede che tale principio di rotazione del personale vada contemperato con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza d'indirizzo nelle strutture.

La ratio delle previsioni normative, ad oggi emanate, è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo e si relazioni sempre con i medesimi utenti.

L'introduzione della misura deve essere accompagnata da strumenti e accorgimenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

A tal fine si sta provvedendo a individuare le modalità per alternare le figure dei Responsabili di procedimento e dei componenti delle Commissioni di gara e delle Commissioni di concorso.

La rotazione non potrà essere applicata ai profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche possedute da una sola unità lavorativa.

Per la realtà organizzativa in cui versa attualmente l'ASL 5 , ad oggi risulta estremamente difficile coniugare il principio della rotazione degli incarichi a fini di prevenzione della corruzione con l'efficienza degli uffici, visto il numero esiguo di Dirigenti e la complessità gestionale dei procedimenti, tale per cui la specializzazione risulta elevata e l'interscambio potrebbe compromettere la funzionalità della gestione amministrativa.

Nel corso del 2014, alla scadenza degli incarichi dirigenziali amministrativi ,è stata realizzata una parziale rotazione nell'incarico di direzione della S.C. Gestione Risorse Umane e S.C. Gestione approvvigionamenti ,contratti e funzioni economali e del responsabile prevenzione corruzione. Gli incarichi hanno durata quinquennale e alla prossima scadenza (31 luglio 2019) si valuteranno ulteriori azioni di rotazione. **Nel corso dell'anno 2015** c'è stato il cambio del dirigente delle Professioni Infermieristiche, cessato per pensionamento . **Negli anni 2017, 2018 e 2019** si è intrapreso un processo di riorganizzazione delle strutture sia sanitarie che amministrative che ha

portato all'adozione del nuovo POA (delibere n. 449 del 31.05.2018, n. 668 del 16.08.2018,del. n. 787 dell'11.10.2018, n. 1028 del 28.12.2018 , n. 167 dell'8.03.2019 e n. 464 del 08.06.2019) che è attualmente ancora in fase di realizzazione e che porterà, una volta integralmente applicato, ad effettuare alcune rotazioni dirigenziali a seguito di soppressioni, accorpamenti di strutture e cessazione di direttori di strutture .Nel corso dell'anno 2019 sono state assegnate le funzioni della S.C. Affari generali e legali ad altro dirigente . Si rileva la difficoltà di applicare in modo sistematico il principio della rotazione del personale in particolare dirigenziale tecnico e amministrativo per la carenza di dirigenti e l'impossibilità di avere dirigenti esperti di tutti i settori in quanto ognuno ha specifiche competenze professionali derivanti dalla propria formazione scientifica e dall'esperienza personale.

Di norma vengono modificate le composizioni delle commissioni di sorteggio per i concorsi da dirigente sanitario e da Direttore di struttura complessa.

L'Azienda assicura la rotazione/turnazione del personale in riferimento all'attività di segreteria nei processi di reclutamento del personale nei limiti di quanto previsto dal Dpr. n. 220/2001 e Dpr n. 483/97 (regolamenti concorsuali per il comparto e la Dirigenza)

L'Azienda compatibilmente con la disponibilità delle risorse tecniche e amministrative qualificate applica il principio di rotazione nell'attribuzione dei ruoli di direttore lavori, coordinatore della sicurezza, RUP cercando per evidenti ragioni di efficienza operativa di far corrispondere le competenze professionali e la conoscenza territoriale ai diversi tecnici disponibili all'interno del servizio.

Nell'ambito del Dipartimento di prevenzione viene applicato, per quanto possibile, il principio della rotazione dei dipendenti che effettuano interventi ispettivi con rotazione anche degli ambiti territoriali di ispezione.

Con riferimento all'attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari , al fine di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedure per lungo tempo e si relazioni sempre con i medesimi fornitori è necessaria la rotazione nell'affidamento dei fornitori da pagare ai dipendenti del settore .

Nell'ambito delle commissioni della Medicina legale (invalidità, legge 104, legge 68 ,ecc.) viene effettuata annualmente (a seguito di bando interno annuale per la ricomposizione delle commissioni all'inizio di ogni anno) la rotazione dei componenti delle commissioni e dei segretari in sede di approvazione della relativa delibera di nomina .Tali procedure di rotazione sono state formalizzate con specifico Regolamento (delibera n. 767 del 25.08.2016) che prevede l'emanazione annuale di bando interno (riservato a personale dipendente o convenzionato) per la formazione delle commissioni di invalidità secondo una procedura pubblica e rinnovata ogni anno.

L'Azienda dovrà comunque adottare in caso di impossibilità di rotazione , misure alternative per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi specie di quelli maggiormente esposti a rischio di corruzione.

A titolo esemplificativo dovranno essere individuate modalità operative tese a favorire **maggiore compartecipazione** del personale all'attività dell'ufficio e a

promuovere **meccanismi di condivisione** delle fasi procedimentali (es. affiancamento al funzionario istruttore di altro funzionario) in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria. Altra misura alternativa potrebbe essere la **controfirma degli atti** riconducibili ad attività a rischio da parte di altro soggetto;

Altro criterio che dovrà essere adottato in carenza di Rotazione è quello di attuare una corretta **articolazione dei compiti e delle competenze**; questo per evitare che la concentrazione di più mansioni e responsabilità in capo ad un unico soggetto possa esporre l'amministrazione al rischio che comportamenti scorretti non vengano alla luce. E' quindi auspicabile che nelle aree a rischio le varie fasi procedimentali siano affidate a più persone avendo cura che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente cui compete l'adozione del provvedimento finale.

Un'ipotesi alternativa alla rotazione nei casi di competenze infungibili, potrebbe consistere nelle **c.d. "segregazione di funzioni"** che consiste nell'affidamento delle varie fasi del procedimento a rischio a più persone, affidando la responsabilità del procedimento ad un soggetto diverso da quello cui compete l'adozione del provvedimento finale, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (es. il ciclo degli acquisti composto dalle varie fasi di programmazione ed esecuzione del contratto);Dovranno essere attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi a :1) svolgimento di istruttorie e accertamenti 2) adozione di decisioni 3) attuazione delle decisioni prese 4) effettuazione delle verifiche. L''applicazione di questo principio risulterebbe efficace per attuare ed incoraggiare il controllo reciproco che è comunque una buona pratica per evitare il verificarsi di fenomeni di corruzione

L'Azienda dovrà inoltre dare applicazione alla fondamentale misura della **formazione** dei dipendenti per garantire che sia acquisita da parte degli stessi la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dar luogo alla rotazione.
(**Delibera ANAC n. 555 del 13 giugno 2018**)

A conclusione si ribadisce come, pur prendendo atto delle difficoltà che nel concreto emergono per raggiungere appieno la realizzazione del principio di rotazione, occorre comunque che l'ASL lo ponga come obiettivo effettivo documentabile e verificabile. La Rotazione deve essere vista come una condizione prospettica da attuarsi attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati in questo senso, ad esempio promuovere una pianificazione pluriennale delle esigenze attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze favorendo decisamente **l'intercambiabilità dei ruoli.** Quanto testé esposto va collegato ai sistemi di gestione interni all'Azienda attraverso 1) la Valutazione delle Performance e 2) l'analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del "capitale professionale effettivo" e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni.

E' evidente che la rotazione degli incarichi dovrebbe riguardare anche il personale non dirigenziale specie se occupato nelle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione.

Sarebbe altresì necessario individuare, da parte del management aziendale, modelli organizzativi anche di tipo interdipartimentale e/o nella ottimizzazione dell'impiego di professionisti resisi disponibili per effetto di processi di accorpamento..

Con riferimento alle attività classificate ad **ALTO RISCHIO** nel presente Piano, i responsabili delle strutture interessate devono individuare e implementare le azioni che

permettano l'interscambiabilità dei ruoli e quindi la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti e adottare misure di controllo atte a prevenire il rischio di condotte corruttive. **A tal fine i responsabili delle strutture interessate relazionano ogni 6 mesi al Responsabile della Prevenzione in merito all'attuazione della presente misura specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso.**

L'Azienda provvederà a garantire attraverso una riorganizzazione delle funzioni ed una revisione dei processi e delle relative responsabilità, il rispetto della normativa.

Un'ipotesi di rotazione obbligatoria è inoltre prevista dall'art. 16, comma 2, lett. l *quater*, del d.lgs 165/2001, **c.d. "rotazione straordinaria"**: in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare la sospensione dal servizio, in applicazione dell'ivi previsto obbligo di rotazione, nei confronti dell'incolpato vengono adottati i seguenti provvedimenti:

- per il personale dirigenziale, la revoca dell'incarico in essere e il conferimento di altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. 165/2001;
- per il personale non dirigenziale, l'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma, lett. l quater, del d.lgs. 165/2001.

Il PNA 2017: " raccomanda alle amministrazioni di osservare particolare attenzione nel monitorare le ipotesi in cui si verificano i presupposti per l'applicazione di tale forma di rotazione"

Rientra nelle competenze del Responsabile della struttura cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

La rotazione è esclusa, e si dovrà far luogo alla sospensione dal servizio, nelle ipotesi di reati di particolare gravità o qualora la permanenza in servizio dell'incolpato, in considerazione della natura dei fatti contestati, risulti pregiudizievole all'immagine dell'amministrazione o alla sicurezza degli utenti e dipendenti.

Al di fuori dell'ipotesi sopra considerata, nelle more dell'adozione degli atti che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione sistematica dell'istituto, si farà luogo, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni negoziali, alla rotazione del personale nell'ipotesi di eventi che, pur non integrando un'ipotesi di reato o un illecito disciplinare, siano sintomatici di una significativa criticità.

ROTAZIONE DEL PERSONALE (PNA Sanità 2016 par. 7.2 e PNA 2017 parag. 5.1)

1. Criticità ed elementi di valutazione

Il settore clinico è vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, e di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, RSPP etc.),

I dirigenti per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione - ove abusata- può provocare danni consistenti. **Si tratta quindi di figure che dovrebbero maggiormente essere soggette a rotazione.**

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione, per mettere in atto questa misura **occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili.**

L'Azienda dovrà porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze.

Presupposto necessario per affrontare questo processo è la ricognizione della geografia organizzativa delle aziende.

1.1 Area clinica

Le posizioni di maggiore interesse potrebbero essere le direzioni di unità operative complesse, a valenza dipartimentale e i dipartimenti. A parte alcune eccezioni (che dovrebbero ridursi) le posizioni apicali di Direttore di S.C. le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Le posizioni di Capo dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali) possono essere soggette a rotazione in quanto è **possibile ritenere che tutti i dirigenti di un dipartimento siano potenzialmente idonei a ricoprire a rotazione l'incarico.**

Nell'ambito delle ASL, i Direttori di distretto e i Direttori medici di presidio, nel caso ci siano più presidi, svolgendo funzioni prevalentemente gestionali e meno clinico-assistenziali, potrebbero essere potenzialmente assoggettabili a rotazione.
Altresì, potrebbe avvenire per i primari di S.C. con funzioni analoghe collocate nella rete di presidi ospedalieri della ASL.

Per le altre figure sussiste la necessità di creare le condizioni per la fungibilità o, in caso contrario, supportare la difficoltà a operare la rotazione con adeguate motivazioni.

1.2 Area tecnica e amministrativa

Non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di **competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza.**

La necessità che le aziende sanitarie realizzino in questo ambito le condizioni per la fungibilità attraverso gli accennati processi di pianificazione e di qualificazione professionale per figure, ad es, come capo personale, provveditore, capo ufficio- legale muove anche dalla considerazione che, in caso contrario, si potrebbe determinare il rischio che i dirigenti diventino eccessivamente dipendenti dall'esperienza in capo a funzionari esperti.

1.3 Altre professioni sanitarie

Per alcune professioni sanitarie, come ad es. i **farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento**, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, l'applicazione della rotazione **si rivela opportuna** e presenta margini di applicazione.

Gli strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze, come ad es la **previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica** per settore, consentono di valorizzare il capitale professionale disponibile.

Il principio della rotazione deve essere un **obiettivo effettivo, documentabile e verificabile**. La rotazione va quindi vista come una **condizione prospettica** da costruire attraverso meccanismi aziendali (es. pianificazione pluriennale esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni:

- valutazione delle performance;
- analisi dei potenziali delle risorse umane.

La rotazione degli incarichi dovrebbe riguardare anche il personale non dirigenziale, specie se preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio.

ROTAZIONE DEL PERSONALE (PNA Sanità Aggiornamento 2018 par.10)

ANAC, anche **nell'aggiornamento del PNA 2018** (delibera ANAC n. 1074 del 21.11.2018) ha dedicato uno specifico paragrafo all'istituto della rotazone.Oltre a richiamare l'apposito approfondimento fatto nel PNA 2016 ribadisce la necessità di rimettere l'applicazione della misura della rotazione ordinaria alla autonoma programmazione delle amministrazioni in modo che le stesse possano adattarla alla concreta situazione dell'organizzazione degli uffici indicando ove non sia possibile applicare l'istituto (per carenza di professionalità specifiche con elevato contenuto tecnico) le misure alternative da adottare.

ANAC a seguito della valutazione delle segnalazioni e dall'analisi dei PTPC delle amministrazioni vigilate, ha continuato ad evidenziare nel corso del 2018 , come negli anni precedenti, la tendenza a non prevedere la "rotazione"; questo è accaduto sia negli Enti di piccole dimensioni, adducendo nei PTCP, come giustificazione a priori, l'esiguità del personale e l'infungibilità di alcune figure specialistiche, sia negli Enti di grandi dimensioni, adducendo a giustificazione l'estremo tecnicismo di taluni incarichi;
ANAC quindi, analizzando quanto emerso dalla sua attività di vigilanza dell'anno 2018, ha registrato due comportamenti ricorrenti :

- **Mancanza di un'adeguata attività di programmazione della Rotazione**, della sua disciplina e dei criteri di applicazione della stessa (previsione e individuazione

degli Uffici da sottoporre a rotazione, periodicità con cui si intende attuare detta misura, caratteristiche della stessa cioè se si intende attuare una rotazione di tipo "funzionale" o "territoriale" etc...)

- **Mancanza di attuazione della Rotazione** anche laddove la stessa sia stata adeguatamente programmata ; infatti nel concreto solo raramente la misura è stata applicata né si è fatto ricorso a misure alternative in grado di produrre analoghi effetti di prevenzione della corruzione.
- **Tendenza a non dare attuazione neppure alla c.d."rotazione straordinaria"**

Alla luce di quanto appena esposto, ANAC, nel documento relativo all'Aggiornamento 2018 del PNA, **rinnova con forza la raccomandazione di osservare una maggiore attenzione sia alla programmazione della misura della Rotazione Ordinaria sia alla concreta applicazione della stessa.**

Nel corso del triennio di validità del presente Piano , verranno adottate le iniziative con apposito regolamento per definire i criteri generali e oggettivi e le modalità di applicazione del principio della rotazione ,tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari anche attraverso la previsione di adeguati percorsi formativi e di forme di affiancamento per consentire al personale coinvolto nella rotazione di acquisire le adeguate competenze.

Quindi, al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli Incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze e contemporaneamente traguardare l'obiettivo dell'accrescimento delle capacità complessive dell'Azienda Sanitaria ***occorrerà prioritariamente procedere ad una puntuale*** **mappatura degli incarichi/funzioni apicali a partire da quelle fungibili** in modo tale da avere contezza delle professionalità che, di volta in volta, potranno, anche in virtù di un'accurata pianificazione della rotazione, essere in grado sostituirsi vicendevolmente.

L'Azienda dovrà porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze.

Presupposto per ottenere l'obiettivo sopra esposto è la **"Ricognizione Geografica Organizzativa"** delle Aziende Sanitarie , con specifico riferimento ai funzionigrammi relativi alle aree da sottoporre a rotazione, in modo da bilanciare la concreta efficacia della misura di prevenzione con le esigenze organizzative dell'Azienda.

Nel corso dell'anno 2019 , unitamente agli altri RPCT delle Aziende sanitarie liguri è stato effettuato uno studio ed analisi sull'istituto della rotazione che si è concluso con l'elaborazione di un documento comune "**Linee guida sulla rotazione del personale** " che viene allegato al presente Piano Triennale (**ALLEGATO n. 3)**

(Articolo 16)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI"

Art. 1, comma 41 legge 190/2012,art. 6 bis legge 241/1990,Dpr.n.62/2013

L'art. 1,comma 41 della legge n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella legge n. 241/90 rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che : "Il Responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale".

La norma contiene due prescrizioni:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento , il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale nei casi di conflitto di interessi anche potenziale

- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti

Per conflitto di interessi reale o potenziale si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda

Tale norma va intesa in maniera coordinata con la disposizione contenuta nell'art. 6 del Decreto del Presidente della Repubblica n.62/2013, "Codice comportamento nazionale" richiamato anche dall'art. 6 del codice comportamento aziendale dell'ASL 5 , che afferma: "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o attività che possano coinvolgere interessi propri, o di suoi parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequenza abituali, o di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia cause pendenti o grave inimicizia o rapporti di credito o debiti significativi, o di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore procuratore o agente, ovvero di enti associazioni anche non riconosciute comitati società di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza."

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione, del titolare dell'ufficio quando ricorra un conflitto con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati. I destinatari di tale norma sono tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori dell'Azienda a qualsiasi titolo.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza ,il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

La violazione della norma che si realizza con il compimento di un atto illegittimo dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'ASL 5 ha intrapreso adeguate iniziative per informare il personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi.

Nel corso dell'anno 2017 è stato predisposto specifico **regolamento per la gestione dei conflitti di interesse** e specifica modulistica per l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti per le varie casistiche (il Regolamento è stato poi approvato con deliberazione n. 32 del 19.01.2018) :

1. All'atto dell'assunzione per i dipendenti neo-assunti ex art. 5 Codice Comportamento nazionale , **dichiarazione relativa a partecipazione ad associazioni e organizzazioni (MOD.1)**
2. All'atto dell'assunzione per i dipendenti neo-assunti ex art. 6 Codice Comportamento nazionale , **dichiarazione relativa agli interessi finanziari e conflitti di interesse (MOD.2)**
3. All'atto del conferimento incarichi di consulenza, collaboratori, co.co.co, anche collegio sindacale e OIV, dichiarazione ex art. 15 comma 1, let.c, D.Lgsl. 33/13 relativa a **cariche in enti privati finanziati dalla pubblica amministrazione e attività professionali svolte(MOD.3)**
4. Disposizioni particolari all'atto dell'assunzione per i dirigenti ex art. 13 Codice comportamento **(MOD.4)**
5. Dichiarazione per componenti commissioni selettive di accesso ai pubblici impieghi , (ex art. 35,D.Lgsl. 165/2001) **(MOD. 5)**
6. Dichiarazione per componenti commissioni di gara, per i Dirigenti/funzionari preposti a gestione risorse finanziarie, per i componenti commissioni di gara o erogazione vantaggi economici a qualsiasi titolo (ex art. 15, comma 1, lett.c, del D.Lgsl.33/2013, dell'art. 53 D.Lgsl. 165/2001 e dell'art. 42 e 77 Nuovo Codice appalti D.Lgsl.50/2016) **(MOD. 6)**
7. Dichiarazione per soggetti dipendenti che svolgono incarichi di RUP, RES, DEC, Progettista, Direttore lavori etc...) ex art. 5,6 e 7 Codice Comportamento nazionale e aziendale **(MOD. 7)**
8. Modulo per dichiarazione annuale di assenza situazioni inconferibilità/incompatibilità per i Direttori Aziendali (delibera ANAC n. 149/2014) ex art. 20 comma 2 D.Lgsl. 39/2013 **(MOD. 8)**
9. Modulo per dichiarazione di astensione in caso di sussistenza conflitto di interessi **(MOD. 9)**
10. Dichiarazione per dipendenti ASL che svolgono attività di vigilanza e ispezione ex art. 5,6 e 7 Codice Comportamento nazionale, su assenza situazioni di conflitto **(MOD.10)**

I dirigenti responsabili delle strutture ad alto livello di rischio e più in generale coloro che sovrintendono procedimenti di autorizzazione ,concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere devono :

1. Acquisire le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi per tutti i neo-assunti (anche collaboratori e consulenti) e per tutti i dipendenti che svolgono attività nei procedimenti classificati a rischio sulla base dei modelli predisposti da tenere agli atti e trasmettere su richiesta al Responsabile della Prevenzione della Corruzione
2. Acquisire le dichiarazioni di astensione e trasmetterle al RPC secondo le procedure previste nel regolamento
3. Predisporre e inviare al RPC relazione semestrale anche sulle verifiche effettuate sulle autocertificazioni
4. Verificare a campione le dichiarazioni acquisite

Di tali attività (acquisizioni di dichiarazioni, verifiche e controlli effettuati) tutti i Direttori di strutture devono relazionare all'RPCT alle scadenze del 30 giugno e 31 dicembre di ogni anno.

Al fine di rilevare l'esistenza di eventuali situazioni di conflitti di interessi , nel **corso dell'anno 2017** sono state acquisite **le schede AGENAS (allegate alla determina ANAC n. 12 /2015)** da parte di "tutti i professionisti appartenenti all'area sanitaria e amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse)".

Nel corso dell'anno 2019 , unitamente agli altri RPCT delle Aziende sanitarie liguri è stato effettuato uno studio ed analisi sul "conflitto di interessi in ambito sanitario" che viene allegato al presente Piano Triennale (**ALLEGATO n. 4)**

Sempre nel corso dell'anno 2019 è stata regolamentata la disciplina delle sponsorizzazioni di eventi formativi (Delibera n. 582 del 18.07.2019)

(Articolo 17)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"CONFERIMENTO/AUTORIZZAZIONE INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI"

Art. 53 D.Lgsl.165/2001 come modificato dall'art. 1,comma 42 della legge n. 190/2012

La legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime di svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.Lgsl.165/2001 prevedendo che:

- appositi regolamenti ministeriali debbano individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche;
- le amministrazioni debbano adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri

di conferimento e di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali

A tal proposito l'Azienda ha approvato **con Delibera n. 66 del 29.1.2014** il " **Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali** "che disciplina la procedura per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali conferiti direttamente dall' amministrazione di appartenenza o da Amministrazioni pubbliche diverse da quella di appartenenza o da Enti privati".

In sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse anche potenziali tra l'attività extra- istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio dell'autorizzazione, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva;

Il dipendente è tenuto a comunicare all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti affinché possa valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interessi

Devono essere effettuati dei precisi obblighi di comunicazione al D.F.P. anche per gli incarichi gratuiti

In forza del regolamento aziendale , è stata predisposta apposita modulistica, che dovrà essere necessariamente compilata in ogni sua parte ed inoltrata in via preventiva alla Struttura Complessa Gestione Risorse Umane in tempo congruo per poter ottemperare alle valutazioni dell'istruttoria richiesta. **Il Responsabile della S.C.Gestione Risorse Umane** dovrà garantire (unitamente ai diretti responsabili dei dipendenti che richiedono l'autorizzazione) il monitoraggio costante dell'applicazione e del rispetto di tale regolamentazione e la verifica delle autocertificazioni prodotte dai dipendenti, relazionando semestralmente al RPC sulle verifiche effettuate.

(Articolo 18)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI"

- **Capi I,II,III e IV del D.Lgsl. 39/2013,art.15,17,18,20 del D.Lgsl.39/2013 ;**
- **PNA 2016 par.7.3 ;**
- **Del. ANAC n. 833 del 3.08.2016" Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e incompatibilità ...)**

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato , per le Aziende sanitarie ai soli **3 Direttori aziendali (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e adesso anche Direttore socio-sanitario** l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgsl. n.39/2013. precisando che:

"Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".

Alla luce di quanto sopra, l' RPCT provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di **Direttore amministrativo, di Direttore sanitario e Direttore socio-sanitario** atteso che l'incarico di direttore generale viene conferito dall'amministrazione regionale acquisendo annualmente apposita dichiarazione **ex MOD 8** predisposto. Le dichiarazioni vengono acquisite annualmente (entro il 31 gennaio) e vengono pubblicate sul sito della trasparenza.

Costituiscono ipotesi di inconferibilità quelle previste dagli art. 3, 5 e 8 del d.lgs. 39/2013, ai sensi dei quali, gli incarichi di Direttore generale, di Direttore amministrativo e di Direttore sanitario non possono essere conferiti:

1. a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, lett. e);
2. a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (art. 5);
3. a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL (art. 8, comma 1);
4. a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale (art. 8, comma 2);
5. a coloro che nell'anno precedente abbiano esercitato la funzione di parlamentare(art. 8,comma3)
6. a coloro che, nei tre anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (art. 8, comma 4);
7. a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio e' compreso nel territorio della ASL (art. 8, comma 5).

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non

siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Si prende atto e si rinvia alle specifiche linee guida emanate da ANAC con **Delibera n. 833 del Consiglio dell'Autorità (3 agosto 2016)**. Tale atto ha per oggetto le linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e regola l'attività di vigilanza ed i poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

(Articolo 19)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO
"INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI"

Capi V e VI del D.Lgsl.39/2013,art.15,19 e 20 del D.Lgsl.39/2013

Ai sensi del D.Lgsl. 39/2013 per "**incompatibilità**" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere , a pena di decadenza, entro il termine di 15 giorni tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e svolgimento di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico , lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico".

A differenza del caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del d.lgs. 39/2013, ai sensi dei quali, gli incarichi di **direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario** sono incompatibili:

1. con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale e con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale se questa è regolata o finanziata dal SSR (art.10,comma1)
2. l'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2);
3. con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare (art. 14, comma 1);
4. con la carica di componente della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale art. 14, comma 2, lett. a);
5. con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un

comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione (art. 14, c\1 e comma 2, lett. b.);

6. con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (art. 14, comma 2, lett. c).

In merito alle incompatibilità riferite specificatamente al **settore sanitario**, la Conferenza Unificata, nell'intesa del 24 luglio 2013, ha stabilito che la locuzione "incarico professionale" di cui all'art. 10, comma 2, del d.lgs. 39/2013 non si riferisce alle tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata.

Ai sensi della suddetta Intesa del 24 luglio 2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consentono di superare l'incompatibilità.

Al di fuori di tale ipotesi, le cause di incompatibilità possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro.

Qualora nel corso del rapporto venga riscontrata una causa di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato che, previo contraddittorio, deve provvedere a rimuovere la causa ostativa entro 15 giorni a pena di decadenza dall'incarico e di risoluzione del relativo contratto (art. 19 d.lgs. 39/2013).

Gli interessati sono tenuti ad attestare l'insussistenza delle cause ostative di **inconferibilità e/o incompatibilità** mediante dichiarazione annuale (ex **MOD.8** predisposto) , da effettuare ai sensi dell'art. 20 del citato d.lgs. 39/2013:

- All'atto del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000;
- con cadenza annuale, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico, e tempestivamente, su richiesta del Responsabile della Prevenzione, nel corso del rapporto.

Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane è tenuto ad assicurare che:

- Gli atti di conferimento degli incarichi devono espressamente prevedere che la dichiarazione di insussistenza delle cause di **inconferibilità/incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013** costituisca condizione di efficacia dell'incarico e che la violazione dell'obbligo della dichiarazione che l'interessato è tenuto a rendere annualmente o tempestivamente, su richiesta o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la decadenza dall'incarico.
- **Negli interpelli** per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le clausole di incompatibilità

Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane è tenuto a verificare a campione

le autocertificazioni rese ai sensi dell'art. 71 del Dpr 445/2000. Di tali verifiche deve relazionare semestralmente il responsabile anticorruzione indicando il numero di autocertificazioni acquisite e controllate , l'esito dei controlli, e i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza della causa di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato.

La riscontrata sussistenza di una situazione di Inconferibilità/incompatibilità deve essere tempestivamente comunicata al Responsabile della prevenzione della corruzione che ai sensi dell'art. 15 del D.Lgsl.39/2013 provvede a segnalare i possibili casi di violazione all'ANAC nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative

(Articolo 20)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO"
("PANTOUFLAGE")

- **Art. 53,comma 16 ter D.Lgsl.165/2001 aggiunto dall'art. 1 ,comma 42 lettera l, della legge 190/2012**
- **Aggiornamento PNA 2018 (delibera ANAC n. 1074 del 21.11.2018, par. 9)**

La l. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la convenienza di accordi fraudolenti. Il divieto è anche volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali del pubblico dipendente prospettandogli possibilità di assunzioni o incarichi una volta cessato dal servizio.(PNA 2018)

La disposizione stabilisce che "*I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.*"

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati

che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163 del 2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività del dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- **sanzioni sull'atto**: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- **sanzioni sui soggetti**: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

La formulazione della norma non del tutto chiara ha dato luogo a dubbi interpretativi sotto diversi profili per cui ANAC **nell'aggiornamento PNA 2018** ha fatto alcune precisazioni in ordine a:

- **Ambito di applicazione**: la disciplina si applica a tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2,del D.Lgsl. 165/2001, anche a tempo determinato o con contratto di lavoro autonomo, anche titolari di incarichi dirigenziali; il divieto è riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con il soggetto privato (tempo indeterminato, determinato, incarico, consulenza);
- **Esercizio di poteri autoritativi e negoziali** :i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente per conto della pubblica amministrazione tali poteri attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.(es. dirigenti e funzionari con incarichi dirigenziali, coloro cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno e tutti coloro, anche dipendenti, che hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale collaborando all'istruttoria (ad es. attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori quali pareri, perizie, certificazioni che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione).Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che

ha firmato l'atto ma anche a coloro che hanno partecipato al procedimento con poteri significativi.

- **Soggetti privati destinatari dell'attività della P.A.**: La nozione di soggetto privato deve essere la più ampia possibile quindi anche i soggetti formalmente privati ma partecipati o controllati da una pubblica amministrazione in quanto la loro esclusione comporterebbe un'ingiustificata limitazione dell'applicazione della norma e una situazione di disparità di trattamento;
- **Sanzioni**: sussistono molti dubbi interpretativi in quanto non sono chiaramente identificati l'organo o l'autorità competente a garantire l'esecuzione degli effetti sanzionatori tenendo anche conto della difficoltà per l'amministrazione di verificare un comportamento di un dipendente cessato dal servizio. La lacuna normativa non consente di stabilire quale sia l'organo deputato a svolgere il procedimento per l'applicazione delle sanzioni relative alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti .ANAC , una volta accertata l'effettiva violazione ,non ha poteri in merito al compimento degli atti conseguenti (Sentenza Consiglio di stato n. 126/2018).ANAC si riserva di presentare un atto di segnalazione al governo e al parlamento.

Al fine di garantire il rispetto di tale normativa si prevede che:

- Il dirigente responsabile della S.C. Gestione Risorse umane deve inserire nei **contratti di assunzione del personale o di affidamento di incarichi** la clausola che prevede il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2,di prestare attività lavorativa (subordinata o autonoma) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei soggetti privati destinatari nell'ultimo triennio di servizio, dell'attività svolta dal dipendente, nell'esercizio di poteri autoritativi o negoziali.

- I dirigenti responsabili delle strutture che si occupano dell'area appalti (Lavori, Beni e Servizi) sono tenuti ad assicurare che **nei bandi di gara e negli atti prodromici all' affidamento di appalti o diretto di fornitura di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private** sia inserita tra i requisiti generali di partecipazione a pena di esclusione , la condizione soggettiva che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto, a ex dipendenti dell'ASL 5 che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei loro confronti. Al rispetto di tale previsione sono tenuti tutti i responsabili di tutte le articolazioni aziendali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità

- sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;

- sia disposta la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti e il divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi di contrattare con l'ASL 5 per i successivi tre anni;

- sia fornita tempestiva informazione dei fatti al responsabile della prevenzione della corruzione e all'ufficio legale per eventuali azioni risarcitorie

(Articolo 21)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"DIVIETO DI CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI, DI STUDIO E CONSULENZA A SOGGETTI IN QUIESCENZA"

Ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del Decreto Legge 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, come modificato dall'articolo 6 del Decreto Legge 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014, è vietato il conferimento, da parte delle Amministrazioni Pubbliche a **soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza**, degli incarichi:

- di studio e di consulenza;

- dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle Amministrazioni pubbli che e degli enti e società da esse controllati.

Incarichi vietati

Il divieto si estende a qualsiasi lavoratore collocato in quiescenza, indipendentemente dalla natura del precedente datore di lavoro e del soggetto che corrisponde il trattamento di quiescenza.

Tra gli incarichi vietati rientrano tutti gli incarichi dirigenziali, compresi quelli di cui all'art. 19, comma 6, del d.lgs. 165/2001 e da disposizioni analoghe.

Tra gli incarichi direttivi, rientrano nel divieto tutti quelli che implicano la direzione di uffici e la gestione di risorse, quali quelli di direttore scientifico o sanitario.

Tra le cariche in organi di governo di amministrazioni e di enti e società controllate, fatte salve le ulteriori specifiche esclusioni previste da altre norme di legge, rientrano quelle che comportano effettivamente poteri di governo, quali quelle di presidente, amministratore o componente del consiglio di amministrazione, indipendentemente dalla qualifica in virtù della quale il soggetto in quiescenza sia stato nominato (es. in qualità di esperto o rappresentante di una determinata categoria).

Il divieto opera anche nel caso in cui la nomina sia stata preceduta dalla designazione da parte di un soggetto diverso dall'amministrazione nominante.

Gli incarichi di studio e consulenza sono quelli che presuppongono competenze specialistiche e rientrano nelle ipotesi di contratto d'opera intellettuale di cui agli artt. 2229 e seguenti del codice civile.

I divieti introdotti dall'art. 6 del D.L. 90/2014 operano indipendentemente dalla fonte del finanziamento con la quale gli interessati sono retribuiti.

Incarichi consentiti

Tra le ipotesi che non rientrano nei divieti introdotti dall'art. 6 del D.L.

90/2014, la circolare n. 6/2014 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e la circolare n. 4 del 10.11.2015 indica:

- gli incarichi che non comportino l'esercizio di funzioni dirigenziali o direttive e che abbiano oggetto diverso da quello di studio o consulenza;
- gli incarichi professionali, quali quelli inerenti ad attività legale o sanitaria, non aventi carattere di studio o consulenza;
- gli incarichi di ricerca conferiti sulla base di una programma preventivamente definito dall'amministrazione, fermo restando i limiti posti da altre disposizioni e, in particolare, dall'art. 25 della legge 724/1994;
- gli incarichi di docenza, in cui l'impegno didattico sia definito con precisione e il compenso sia commisurato all'attività didattica effettivamente svolta;
- gli incarichi nelle commissioni di concorso e di gara;
- la partecipazione ad organi collegiali consultivi, a commissioni consultive e comitati scientifici o tecnici che non dia di fatto luogo a incarichi di studio o consulenza o equiparabili a incarichi direttivi o dirigenziali;
- gli incarichi in organi di controllo, quali i collegi sindacali e i comitati dei revisori, purché non abbiano natura dirigenziale.

Incarichi gratuiti

Incarichi e collaborazioni ai soggetti, pubblici e privati, collocati in quiescenza sono consentiti esclusivamente **a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno, non prorogabile né rinnovabile,** presso ciascuna amministrazione.

Eventuali rimborsi di spese devono essere rendicontati e corrisposti nei limiti fissati dal competente organo dell'amministrazione.

La disciplina è applicabile anche agli incarichi a soggetti in quiescenza già conferiti a titolo gratuito, per i quali valgono le nuove disposizioni relative alla durata massima e al rimborso delle spese.

➢ Le strutture competenti all'adozione degli atti di conferimento degli incarichi appartenenti alle tipologie previste dal novellato art. 5, comma 6, del D.L. 95/2012 verificano l'insussistenza della situazione ostativa ivi prevista, dandone espressamente atto nel provvedimento conclusivo;

➢ gli atti/provvedimenti di conferimento di incarichi a titolo gratuito rientranti nella previsione del citato art. 5, comma 6, D.L. 95/2012, come novellato dal D.L. 90/2014, devono contenere espressa motivazione delle ragioni di convenienza e della rispondenza agli interessi dell'amministrazione del conferimento stesso, l'indicazione del termine annuale, non prorogabile né rinnovabile, della loro durata e limitazione degli eventuali rimborsi alle sole spese documentate.

Con deliberazione n. 263 del 30 marzo 2018 " Regolamento in materia di conferimento di incarichi a titolo gratuito nell'ambito dell'ASL 5 Spezzino", l'Azienda ha disciplinato l'istituto in argomento.

(Articolo 22)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO :
"FORMAZIONE DI COMMISSIONI,ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A "

- **Art. 35 bis D.lgsl.165/2001 aggiunto dall'art.1 comma 46 della Legge190/2012**
- **art.1 commi 3,15,17,18,20 L.190/2012 capo II D.Lgsl.39/2013**

Con la nuova normativa sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 introdotto dall'art.1,comma 46 della legge 190/2012, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

A norma del D.Lgsl.39/2013

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza di condanna , ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna con sentenza di primo grado o di appello per le quali non siano decorsi i termini di impugnativa);

- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis, riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative);

- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;

- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

I Dirigenti dell'area appalti e il dirigente responsabile della S.C. Gestione risorse umane nonché tutti i responsabili di tutte le articolazioni aziendali in presenza di situazioni di specie sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze (utilizzando i moduli allegati al Regolamento gestione conflitti):

- all'atto della formazione di commissioni per l'affidamento di commesse o di concorsi

- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 3 del D.Lgsl.39/2013

- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato. Sulle autocertificazioni acquisite i Dirigenti delle strutture provvedono ad effettuare controlli a campione. Se all'esito della verifica risultano precedenti penali per delitti contro la P.A. l"Azienda si astiene dal conferire l'incarico e lo conferisce ad altro soggetto e applica le misure previste dall'art. 3 del D.Lgsl.39/13.

Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane nonché i responsabili delle articolazioni aziendali e i dirigenti dell'area appalti sono tenuti:

- Ad assicurare che negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento

- Ad effettuate i controlli sui precedenti penali e a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo

- A proporre al Direttore generale gli atti necessari per adeguare i regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o concorsi.

I responsabili delle strutture interessate e Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane sono tenuti a verificare a campione le dichiarazioni rese. Di tali verifiche devono relazionare semestralmente il responsabile anticorruzione indicando il numero di autocertificazioni acquisite e controllate , l'esito dei controlli e i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza della causa di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato.

(Articolo 23)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALA UN ILLECITO"

- **Art.54 bis del D.Lgsl.165/2001 aggiunto dall'art. 1, comma 51 della legge 190/2012,come modificato da Legge n. 179 del 30.11.2017;**
- **Determinazione ANAC n. 6 del 28.4.2015 " Linee guida per la tutela del dipendente che segnala illeciti), PNA 2016 par. 7.5;**
- **Rapporto ANAC del 22.06.2016, primo monitoraggio su Whistleblowing;**
- **Delibera ANAC del 30.10.2018 "Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni ..."**
- **Comunicato ANAC del 15 gennaio 2019**
- **ANAC 4° rapporto annuale 2019 su Whistleblowing del 16 luglio 2019**
- **ANAC Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni**

INQUADRAMENTO NORMATIVO

In data 29.12.2017 è entrata in vigore la **Legge n. 179 del 30.11.2017** recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Tale norma ha modificato il testo dell'art. **54-bis D.Lgs. n. 165/2001** (Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti), prevendendo quanto segue:

1. ***Il pubblico dipendente*** *che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al* **responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza** *di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'Autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile,* ***condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione****. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.*

2. *Ai fini del presente articolo, per dipendente pubblico si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile. La disciplina di cui al presente articolo* ***si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.***

3. ***L'identità del segnalante non può essere rivelata.*** *Nell'ambito del* ***procedimento penale****,* ***l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale.*** *Nell'ambito del* ***procedimento dinanzi alla Corte dei conti****,* ***l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria.*** *Nell'ambito del* ***procedimento disciplinare****,* ***l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.***

4. *La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.*

5. *L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotta apposite linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni. Le linee guida prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.*

6. *Qualora venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte di una delle amministrazioni pubbliche o di uno degli enti di cui al comma 2, fermi restando gli altri profili di responsabilità, l'ANAC applica al responsabile che ha adottato tale misura una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro.* ***Qualora venga accertata l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi a quelle di cui al comma 5, l'ANAC applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. Qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro.*** *L'ANAC determina l'entità della sanzione tenuto conto delle dimensioni dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione.*

7. ***E' a carico dell'amministrazione pubblica o dell'ente di cui al comma 2 dimostrare che le misure*** *discriminatorie o ritorsive, adottate nei confronti del segnalante,* ***sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione stessa. Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'amministrazione o dall'ente sono nulli.***

8. ***Il segnalante che sia licenziato a motivo della segnalazione è reintegrato nel posto di lavoro ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 23.***

9. ***Le tutele di cui al presente articolo non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave"***

NOVITA' INTRODOTTE DALLA L. 179/2017 RISPETTO ALLA PRECEDENTE DISCIPLINA

Rispetto alla precedente disciplina, il Legislatore ha rafforzato ulteriormente le tutele nei confronti dei segnalanti, ampliando la sfera di applicazione della disciplina anche ai *dipendenti di un ente pubblico economico, ai dipendenti di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile,* ***ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.*** Inoltre non è più consentito rivelare l'identità del segnalante, senza il suo esplicito consenso, nel caso di un procedimento disciplinare in cui la contestazione sia fondata in tutto o in parte esclusivamente sulla segnalazione e la conoscenza del

nominativo del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Non costituisce invece novità il fatto che la tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito non equivalga ad accettazione di segnalazioni secondo le forme della normativa in tema di "whistleblowing" in forma anonima. **Non rientrano quindi nel regime di tutela di cui alla predetta L. 179/2017 le segnalazioni anonime**. Ciò tuttavia non significa che l'Azienda non debba, laddove le segnalazioni anonime contengano elementi circostanziati, procedere ad accertamenti interni e/o a presentare denuncia all'Autorità giudiziaria.

E' confermata la possibilità di segnalare ipotesi di casi di corruzione internazionale di cui all'art. 322 bis c.p. come indicato nel PNA 2013. Anche il dipendente che effettua segnalazioni di questa tipologia di illecito gode del regime di tutela di cui all'art. 54 - bis.

COME PROCEDERE ALLA SEGNALAZIONE E COME VERRA' GESTITA DAL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

- Il dipendente, o altro soggetto legittimato ai sensi della L. 179/2017, può effettuare la segnalazione di condotte e/o fatti illeciti utilizzando la Modulistica messa a disposizione da parte dell'ASL
- La segnalazione, sottoscritta e datata, deve essere inviata direttamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, **in oggi unicamente con le seguenti modalità** (tali modalità, in attesa di poter usufruire di un sistema informatizzato per effettuare le segnalazioni - strutturato in modo da poter garantire l'anonimato con modalità informatiche e crittografia del nominativo - sono le uniche ammesse al fine di poter rispettare il dettato normativo):

  - **CONSEGNA A MANI DIRETTE DEL RPCT** (il Responsabile provvederà a fissare un appuntamento all'interessato in modo da garantire il massimo della discrezionalità ed in adempimento all'obbligo di legge di garantire l'anonimato)

  - **INVIO VIA MAIL AL SEGUENTE INDRIZZO:** anticorruzione@asl5.liguria.it(o in alternativa all'indirizzo mail aziendale personale del RPCT) evidenziano in oggetto il fatto che si tratta di segnalazione ai sensi della L. 179/2017) - al riguardo si precisa che l'accesso al dominio di posta elettronica anticorruzione@asl5.liguria.it è esclusivamente consentito al RPCT aziendale.

Una volta scaricata la segnalazione, il RPCT provvederà:

- ad acquisire un protocollo riservato;
- a rendere anonima la segnalazione, assegnando un codice identificativo alla copia della segnalazione (dato dal numero progressivo della segnalazione e dall'anno della segnalazione) e richiudendo l'originale della stessa - recante il nominativo e la sottoscrizione del segnalante - in busta chiusa, siglata sui lembi da parte del RPCT;

- ad eliminare dal dominio di posta elettronica il messaggio mail ricevuto dal segnalante;

Successivamente alla ricezione, il RPCT procederà ad effettuare una istruttoria sulla segnalazione in sintonia col dettato normativo, dando notizia al segnalante - nel rispetto dell'anonimato - circa l'esito di tale istruttoria. L'istruttoria dovrà essere effettuata lasciando traccia - mediante apposita verbalizzazione anche in forma sintetica - dell'attività svolta.

- L'anonimato del dipendente che segnala illeciti deve essere tutelato anche nei confronti dei vertici dell'amministrazione (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario) a meno che il segnalante non presti il proprio consenso come previsto dal c. 3 dell'art. 54 - bis del D.Lgs. n. 165/2001.
- Ogniqualvolta si rendesse necessario verificare l'originale della segnalazione, il RPCT dovrà redigere apposito verbale recante le ragioni che hanno determinato la necessità di procedere all'apertura del plico e la descrizione della attività svolte; una volta completata la procedura l'originale della segnalazione dovrà essere nuovamente sigillato in apposita busta siglata sui lembi da parte del RPCT.

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Le condotte illecite oggetto di segnalazione non riguardano solo i reati contro la pubblica amministrazione di cui al titolo II Capo I del codice penale ma, in linea con la definizione estensiva di corruzione fornita dai PNA, possono riguardare qualunque altro fatto in cui sia ravvisabile un abuso da parte di un dirigente/dipendente del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Il concetto di corruzione, inteso in senso allargato, ricomprende anche tutti quei fenomeni di malcostume definiti malamministrazione (*maladministration*).

La segnalazione di fatti illeciti non deve basarsi su voci, su semplici sospetti e/o pregiudizi. Il segnalante deve riportare fatti o situazioni di cui sia certo o, almeno, che ritenga altamente probabile che si siano verificati. Pertanto la segnalazione deve essere effettuata in buona fede: *l'istituto non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità della P.A.* (PNA 2016). La tutela pertanto non si estende ai casi nei quali il whistleblower agisca in mala fede.

CONSEGUENZE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI

In caso di segnalazione calunniosa o diffamatoria il whistleblower è perseguibile disciplinarmente, civilmente e penalmente. Egli non è esente da responsabilità disciplinare anche nell'eventualità che la segnalazione sia predisposta con lo scopo di ledere la reputazione e l'onore del denunciato o di altri soggetti terzi, di risultare manifestatamente opportunistica e, comunque, ogniqualvolta l'intenzione del denunciante sia quella di strumentalizzare l'istituto oggetto del presente articolo.

SEGNALAZIONE DI MISURE DISCRIMINATORIE A CARICO DI DIPENDENTI CHE HANNO SEGNALATO ILLECITI

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, con le stesse modalità previste per la segnalazione di illeciti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

a) al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa;
b) all'U.P.D., che valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
c) alla S.C. Affari Generali e Legali dell'Azienda. Quest'ultima Struttura valuta, congiuntamente al Direttore Generale, la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per danno all'immagine dell'ASL;
d) all'Ispettorato della funzione pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per aver effettuato una segnalazione di illecito può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell'Azienda affinché l'organizzazione sindacale riferisca della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica, se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Può, inoltre, dare notizia dell'avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia. Il Presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il dipendente può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'Azienda per ottenere: a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente; b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato; c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

E' stata predisposta apposita **modulistica** per la segnalazione di condotte discriminatorie **pubblicata sul sito aziendale nella sezione riservata alla prevenzione corruzione.**

DIVIETO DI ACCESSO

Come evidenziato dal comma 4 dell'art. 54 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., la denuncia del *whistleblower* non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 s.m.i.. Il Regolamento aziendale che disciplina l'accesso documentale, anche in assenza di specifica integrazione espressa del regolamento, si intende eterointegrato dalla specifica disposizione contenuta nella L. n. 190/2012.

Il divieto di accesso riguarda anche l'istituto di accesso civico generalizzato ex art. 5 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013, con riferimento sia ai dati personali relativi al segnalante sia al contenuto della segnalazione, all'istruttoria e a tutte le fasi del processo.

MODULISTICA

E' stata predisposta apposita modulistica (**sulla base della modulistica ANAC, Det. 6/2015 e successive modificazioni) pubblicata sul sito aziendale nella sezione riservata alla prevenzione corruzione.**

MODALITA' ALTERNATIVE PER L'EFFETTUAZIONE DI SEGNALAZIONI

La segnalazione può essere effettuata, in alternativa a quella diretta al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza aziendale, anche direttamente ad ANAC, passando per il seguente link:
https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/AnticorruzioneSegnalIllecitoWhistleblower

Coloro che ricevono, o vengono a conoscenza, della segnalazione pur resa anonima e coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione sono in ogni caso tenuti alla massima riservatezza, salve le comunicazioni che per legge o in base al P.N.A. debbono essere effettuate. La violazione di tali obblighi di riservatezza, in quanto violazione di norme contenute nel P.T.P.C., comporta responsabilità disciplinare, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

Con **delibera ANAC del 30 ottobre 2018** è stato adottato il "Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni...."

Con **comunicato del Presidente ANAC del 15 gennaio 2019** si informano le PP.AA. che in ottemperanza a quanto previsto nelle Linee guida del 28 aprile 2015 (Determina n. 6/2015) ,sarà pubblicato in modalità *"open source"* il software che consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di illecito da parte di dipendenti/utenti interni di una amministrazione. Pertanto l'Azienda nei primi mesi dell'anno 2019 provvederà alle procedure necessarie per l'acquisizione e la messa in opera di tale software per la gestione informatizzata e anonimizzata delle segnalazioni.

Nel corso dell'anno 2019 dopo approfondite valutazioni dei prodotti esistenti e

anche del programma di ANAC , unitamente al gruppo di lavoro degli RPCT regionali,si è concordato di aderire alla piattaforma informatizzata messa a disposizione da Trasparency International, organizzazione no profit che si occupa di prevenire e contrastare la corruzione, senza alcun costo aggiuntivo (delibera n. 211 del 29 ottobre 2019).Nel corso dell'anno 2019 non ci sono state segnalazioni riferibili a *whistleblower.*

Nel corso dell'anno 2020, unitamente al gruppo regionale, si adotteranno delle procedure operative per la gestione delle segnalazioni pervenute tramite tale piattaforma informatica.

(Articolo 24)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"FORMAZIONE DEL PERSONALE"

Art. 1,comma 5,let.b, comma 8,comma 10,let.c,comma 11 Legge 190/2012

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare .

A tal fine l'Azienda programma adeguati percorsi di formazione strutturati su due livelli:

- **un livello generale** rivolto a tutti i dipendenti che riguarda l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità;

- **un livello specifico** rivolto al responsabile della prevenzione della corruzione, ai referenti, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio. Il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto in Azienda

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione in accordo con i Dirigenti delle strutture interessate. Ciascun dirigente individuerà il personale impiegato nelle attività a rischio ai fini della partecipazione ai percorsi formativi.

La selezione del personale destinatario della formazione, fatte salve motivate specifiche esigenze, viene operata sulla base dei seguenti criteri di priorità:

a) ruolo svolto nell'ambito del processo di gestione del rischio;
b) grado di rischio dell'attività svolta;
c) livello di responsabilità riconnesso all'incarico o alla posizione ricoperti;
d) assenza o minor livello di formazione, a parità degli altri requisiti.

A prescindere dai sopra esposti criteri, deve essere data priorità ai neo-assunti e al personale coinvolto nei processi di rotazione.

Il Piano di Formazione per l'anticorruzione comprende :

- le materie oggetto di formazione corrispondenti alle attività a maggiore rischio di corruzione e le materie relative ai temi della legalità e dell'etica;
- le indicazioni relative ai dipendenti e ai dirigenti che svolgono attività nell'ambito delle materie sopra citate;
- il grado di informazione e di conoscenza dei dipendenti nelle materie/attività a rischio di corruzione;
- le metodologie formative, prevedendo la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione (analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi, ecc.);
- l'individuazione dei docenti;
- il monitoraggio sistematico delle iniziative di formazione e dei risultati acquisiti.

Le attività formative devono essere distinte in processi di formazione "base" e di formazione "continua" per aggiornamenti, azioni di controllo durante l'espletamento delle attività a rischio di corruzione.

L'ASL 5 emana il Piano di Formazione Aziendale (PAF) nell'ambito del quale è individuata la formazione per quegli operatori che svolgono attività in uffici coinvolti in attività a rischio elevato di corruzione, prevedendo appositi corsi di approfondimento in materia di reati contro la P.A.

Il Piano di Formazione per l'anticorruzione mira ad approfondire la conoscenza della normativa e degli adempimenti richiesti dalla stessa, oltre alla conoscenza delle norme penali in materia di reati contro la P.A. e delle nuove sanzioni disciplinari.

Il Bilancio di previsione annuale deve prevedere gli opportuni interventi di spesa finalizzati a garantire la formazione, ove si ravvisasse la necessità di didattica d'aula con personale docente esterno.

Nel corso dell'anno 2015 è stato organizzato un corso in house dal titolo" L'anticorruzione in Sanità: Politiche, programmi, strumenti per la prevenzione della corruzione e l'attuazione dei principi di etica professionale" rivolto a RPC, Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio (circa 40 persone) con durata di due giorni e 16 ore di didattica formativa.

Nel corso dell'anno 2016 è stata effettuata la prima tranche di un corso in modalità **FAD a carattere generale** di 6 ore per 400 dipendenti (la partecipazione è stata del 73% pari a 293 dipendenti).

Nell'anno 2017 si è svolta la seconda tranche del corso FAD **a carattere generale** per altri 400 dipendenti (fatto da n. 298 dipendenti pari a 74,5%) oltre ad un altro corso **a carattere specialistico** di 16 ore per altri 300 dipendenti maggiormente addetti ad aree a rischio individuati da RPCT (fatto da 269 dipendenti pari a 89,67%) .

Titolo evento		**CORSO GENERALE Prevenzione della corruzione in sanità**
Crediti		10,5
Scadenza		31/12/2017
Codici consegnati	28/02/2017	400

Situazione all' 08/01/2018			
Stato di avanzamento	**numero codici**	**% su consegnati**	**% su iscritti**
Non ancora iscritti	**102**	**25,50%**	
Iscritti in attesa di iniziare	**1**	**0,25%**	
Corso in fruizione	**20**	**5,00%**	
Corso superato	**277**	**69,25%**	
Totale Iscritti	**298**	**74,5%**	

Titolo evento		**CORSO SPECIALISTICO Prevenzione della corruzione in sanità**
Crediti		25
Scadenza		31/12/2017
Codici consegnati	28/02/2017	300

Situazione all' 08/01/2018			
Stato di avanzamento	**numero codici**	**% su consegnati**	**% su iscritti**
Non ancora iscritti	**31**	**10,33%**	
Iscritti in attesa di iniziare			
Corso in fruizione	**3**	**1,00%**	
Corso superato	**266**	**88,67%**	
Totale Iscritti	**269**	**89,67%**	

Nell'anno 2018 si è svolta l'ultima tranche del corso a carattere generale per altri 300 dipendenti. La partecipazione è stata del 50% pari a n. 157 dipendenti .Per gli altri 143 che non hanno effettuato il corso si darà la possibilità di concludere il corso nei primi mesi dell'anno 2019 senza costi aggiuntivi per l'Azienda

	data	numero codici
Codici consegnati	09/05/2018	300

Situazione all' 08/01/2019			
Stato di avanzamento	**numero codici**	**% su consegnati**	**% su iscritti**
Non ancora iscritti	143	47,67%	
Iscritti in attesa di iniziare	0	0,00%	
Corso in fruizione	6	2,00%	
Corso superato	151	50,33%	
Totale Iscritti	**157**	**52,33%**	

Nel corso dell'anno 2018, ALISA in collaborazione con il gruppo RPCT delle AA.SS.LL. Liguri ha organizzato un evento formativo a carattere residenziale rivolto agli RPCT e ai dirigenti/funzionari delle aree a rischio organizzato per aree geografiche (Ponente, Area metropolitana, Levante). Per quanto riguarda l'area del Levante (ASL 4 e ASL 5) il corso si è svolto nelle due giornate del 17 e 18 ottobre e ha coinvolto n. 30 dirigenti/funzionari. Il corso "La strategia anticorruzione alla luce dei più recenti interventi legislativi" è stato tenuto da un docente della Scuola Nazionale dell'amministrazione-Presidenza del consiglio dei ministri.

Nel mese di Gennaio 2018 è stato organizzato un corso in house di 4 ore formative "Il diritto di accesso agli atti e le novità introdotte dal D.Lgsl.97/2016"

Il personale che ha effettuato corso di formazione in materia di anticorruzione (specialistico o generico) nel triennio 2016/2018 è di circa 800 unità .Coloro che alla fine del triennio 2016-2018 risultano non aver svolto corso di formazione in materia (circa 1.100 dipendenti) sono stati inseriti nel **corso FAD a livello regionale** predisposto con la collaborazione di ALISA che si è svolto **durante tutto l'anno 2019** . Il corso FAD regionale verte principalmente sui temi dell'etica e della legalità , codice di comportamento e reati contro la Pubblica Amministrazione e ha coinvolto tutto il personale che non ha mai svolto formazione in materia. Alla data del 31 dicembre 2019 risulta che su 1208 dipendenti tenuti ad effettuare il corso , n.849 lo hanno terminato e hanno conseguito il relativo attestato , pertanto con una percentuale di formazione del 70% sul totale .

(Articolo 25)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI"

Art. 1, comma 17, legge 190/2012

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare e rafforzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P. con determinazione n. 4 del 2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che "mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara

L'ASL 5 , nel Dicembre 2014 ha proceduto alla sottoscrizione di un protocollo di legalità con la Prefettura della Spezia , finalizzato alla prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi e di infiltrazione della criminalità organizzata attraverso l'estensione dei controlli antimafia nel settore delle opere pubbliche.

Pertanto, l'Azienda, in occasione di ciascuna delle gare indette per la realizzazione di appalti si impegna a predisporre nella parte relativa alle dichiarazioni sostitutive da rendere da parte del concorrente le seguenti dichiarazioni:

- **clausola n. 1:** il contraente appaltatore si impegna a dare comunicazione tempestiva alla Prefettura e all'Autorità giudiziaria di tentativi di concussione che si siano in qualunque modo manifestati nei confronti dell'imprenditore, degli organi sociali o dei dirigenti di impresa. Il presente adempimento ha natura essenziale ai fini dell'esecuzione del contratto e il relativo inadempimento darà luogo alla risoluzione espressa del contratto stesso ogni qual volta nei confronti dei pubblici amministratori che abbiano esercitato funzioni relative alla stipula ed esecuzione del contratto sia stata disposta misura cautelare e sia intervenuto rinvio a giudizio per il delitto previsto dall'art. 317 del c.p.

- **Clausola n. 2:** la stazione appaltante si impegna ad avvalersi della clausola risolutiva espressa di cui all'art. 1456 c.c. ogni volta che nei confronti dell'imprenditore o dei componenti la compagine sociale, o dei dirigenti dell'impresa, sia stata disposta misura cautelare o sia intervenuto rinvio a giudizio per taluno dei delitti di cui agli art. 317,318,319,320,322,353,353 bis c.p.

Per quanto sopra, i Direttori delle SS.CC. competenti, sono tenuti ad inserire delle clausole nei bandi di gara e nelle lettere di invito. La non accettazione di tali clausole dà luogo all'esclusione dalla gara e/o alla risoluzione del contratto. Al rispetto di tale disposizione sono tenuti tutti i responsabili di tutte le articolazioni aziendali per le acquisizioni, i

servizi, i lavori disposti mediante autorizzazione di spesa.

(Articolo 26)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE"

Convenzione delle Nazioni unite sulla corruzione -Titolo II art.5 e 13

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto può essere svolto dall' U.R.P., che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza

L'Azienda pertanto deve favorire la cultura del dialogo con l'utenza, le organizzazioni portatrici di interessi, le organizzazioni sindacali, il terzo settore, e in generale la cittadinanza, mediante gli strumenti della comunicazione attraverso la quale il cittadino partecipa attivamente alla progettazione e al controllo della pubblica amministrazione.

(Articolo 27)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"MONITORAGGIO TEMPI DEI PROCEDIMENTI"

Art. 1,comma 9,let.d, della legge 190/2012

L'art. 1 comma 9,lett.d , della Legge n.190/2012 prevede che le Amministrazioni pubbliche svolgano il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedimentali e che i risultati siano pubblicati e siano resi consultabili nel sito web istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art. 24 del D.Lgsl.33/2013.

Tutte le fasi del procedimento, da quella iniziale fino a quella conclusiva si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni aziendali nel rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi.

Sul sito web istituzionale devono essere pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio e protezione dei dati personali.

Il rispetto dei tempi procedimentali costituisce elemento fondamentale della corretta attuazione dei principi del procedimento amministrativo e della correttezza

dell'agire amministrativo e pertanto degli obiettivi di prevenzione di cui al presente Piano. Tale monitoraggio consente di evidenziare eventuali omissioni o ritardi e di adottare tempestivamente adeguate iniziative in caso di omissioni.

Il D.lgsl. 97/2016 ha abrogato l'obbligo di pubblicazione semestrale degli elenchi dei procedimenti contenenti i dati numerici di quelli conclusi con rispetto dei termini e quelli conclusi con ritardo con indicazione delle ragioni del ritardo. Tuttavia l'obbligo di monitorare e verificare i tempi dei procedimenti rimane come misura di prevenzione della corruzione in quanto sempre previsto dalla Legge 190/2012.

Pertanto i singoli Responsabili, ciascuno per la struttura di competenza, vigilano sull'osservanza dell'obbligo, anche attraverso periodiche verifiche a campione, comunicando tempestivamente al Responsabile della prevenzione eventuali criticità riscontrate .

(Articolo 28)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"MONITORAGGIO RAPPORTI AZIENDA E SOGGETTI ESTERNI"

Art. 1,comma 9,lett.e della legge n. 190/2012

Ai sensi dell'art. 1,comma 9,lett.e, della legge n. 190/2012,l'Azienda deve **monitorare i rapporti con i soggetti** che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela e affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e dipendenti.

Sui rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti in argomento, vigilano in via ordinaria i dirigenti preposti alle varie strutture al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza e al rigoroso rispetto della legge anche verificando eventuali relazioni di parentela.

In caso di conflitto di interesse dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della legge 241/90.

I responsabili delle strutture interessate , i dirigenti e dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie danno atto, nel provvedimento di competenza, dell'insussistenza di relazioni di parentela e affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento .

I responsabili delle strutture devono relazionare annualmente il Responsabile della prevenzione della corruzione attestando l'avvenuta effettuazione di verifiche in ordine alle autocertificazioni richieste in occasione di gare o altri procedimenti amministrativi in favore di soggetti destinatari di contratti , o interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, segnalando i casi di conflitto di interesse riscontrati e le misure adottate.

(Articolo 29)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"CODICE DI COMPORTAMENTO"

- **Art. 54 del D.Lgsl. 165/2001 come modificato dall'art. 1, comma 44 della legge 190/2012;**
- **Dpr. n.62/2013.Determina ANAC n. 358 del 29.03.2017 "Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale"**
- **PNA 2018 (delib. 1074 del 21.11.2018, parag. 8)**

L'art. 54 ,comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001, come modificato dall'art. 1, comma 44, della l. n. 190, assegna al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti *"al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico."*. In attuazione della delega, Il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 2013, recante il **Codice di comportamento dei dipendenti pubblici**.

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa. Si tratta di una misura molto diffusa ed apprezzata anche negli altri Paesi europei e l'esperienza internazionale ne consiglia la valorizzazione.

Secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001 e dall'art. 1, comma 2, del Codice, ciascuna Amministrazione deve definire, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio O.I.V., un proprio Codice di comportamento.

L'Asl 5 Spezzino, previa procedura aperta alla partecipazione degli stakeholders, (è stato pubblicato avviso agli stakeholders sul sito Internet dal 16 settembre all'8 ottobre 2017) e previo parere favorevole(obbligatorio) dell'OIV, **con deliberazione n.1155 del 20.12.2017** ha approvato la **REVISIONE** del precedente codice aziendale (approvato con delibera n. 65 del 29.01.2014) recependo le indicazioni e principi contenuti nelle linee guida ANAC (**Determina ANAC n. 358 del 29.03.2017 "Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale)** e integrando e specificando le stesse con ulteriori disposizioni.

Il Codice è stato pubblicato sul sito INTERNET istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente e sul sito INTRANET e ne è stata data la massima diffusione tra i dipendenti con recapito via mail a ciascuno unitamente a slides che illustrano sinteticamente i principali obblighi comportamentali .

Il Codice di comportamento contiene tutte le indicazioni di buona condotta alle quali il pubblico dipendente deve ispirare le proprie azioni.

Il Codice si applica a tutti i dipendenti dell'Azienda e a tutti i collaboratori e consulenti dell'Azienda a qualsiasi titolo, dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici, borsisti e tirocinanti, lavoratori interinali.

Al fine di dare concreta operatività a tale previsione:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, a cura della **SC Gestione Risorse Umane**, deve essere inserita una clausola che prevede l'impegno dell'interessato di prendere visione (scaricandolo dal sito Internet) e l'obbligo di rispettare le norme del Codice di comportamento aziendale e la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi ivi previsti;

- nei **contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie** da parte di strutture convenzionate/accreditate, a cura della Struttura competente alla gestione del procedimento, deve essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nei Codici, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della *performance* e della conseguente corresponsione della retribuzione di risultato, sia ai fini del conferimento e/o dei provvedimenti relativi allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

I Responsabili delle varie articolazioni aziendali hanno il compito di promuovere, anche attraverso un'adeguata informazione, il rispetto delle regole comportamentali definite nei Codici e di vigilare sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e contrattuali e/o ogni altra occorrenda misura gestionale.

I dipendenti e i collaboratori hanno l'obbligo di segnalare al Responsabile della struttura o al Responsabile della prevenzione eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

Ai sensi dell'art. 16 del DPR 62/2013 e dell'art.54, c. 6, del d.lgs. 165/2001, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento:

- Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura;
- L'Ufficio per i procedimenti disciplinari;
- L'OIV

L'ufficio per i procedimenti disciplinari, in collaborazione con il RPCT ai sensi dell'art. 16, comma 3, del DPR 62/2012 provvedono:

- all'aggiornamento del Codice di comportamento;
- a formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione dei Codici di comportamento, raccordandosi a tal fine col Responsabile della prevenzione;
- alla raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dall'art. 54 bis, nonché

l'esame delle segnalazioni di violazione o di sospetto di violazione dei codici di comportamento.

Il Responsabile della prevenzione cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari e i Responsabili di ciascuna struttura aziendale sono tenuti a svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione dei Codici di comportamento, provvedendo a tenere costantemente informato il Responsabile della prevenzione di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato nei confronti del trasgressore.

Annualmente **entro il 30 novembre**, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmette al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati:

a) numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore;

b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni;

c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto.

Nella stessa relazione , l'Ufficio per i procedimenti disciplinari formula eventuali proposte di adeguamento del Codice aziendale e/o del Piano di prevenzione della corruzione e formula proposte in merito alle iniziative formative ritenute maggiormente utili in relazione alle eventuali criticità riscontrate.

ANAC nell'aggiornamento al PNA 2018 , paragrafo 8, evidenzia come nella stragrande maggioranza dei casi, i codici delle singole amministrazioni riproducono le previsioni del codice nazionale. Per tale motivo si riserva di emanare nei primi mesi dell'anno 2019 apposite Linee guida generali (contenuto dei codici, procedimento di adozione , strumenti di controllo) e Linee guida per settore o tipologia di amministrazione. Considerata la stretta connessione tra i due strumenti di prevenzione della corruzione(Codici di comportamento e PTPC) ANAC raccomanda agli RPCT di effettuare una riflessione relativa alla ricaduta delle misure di prevenzione della corruzione in termini di doveri di comportamento, cioè se sia necessario individuare ulteriori doveri da assegnare a determinati uffici o dipendenti o categorie di dipendenti. Le Amministrazioni dovranno dotarsi di una specifica "mappatura" dei doveri di comportamento connessi alla piena attuazione , da parte dei dipendenti, sul versante dei comportamenti soggettivi, delle misure oggettive, organizzative, dei PTPC.

(Articolo 30)
MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:
"TRASPARENZA"

- **D.Lgsl.33/2013"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche**

amministrazioni" come modificato da D.Lgsl.97 del 23.05.2016 (FOIA) ;

- **Linee guida ANAC (Del. 1310 del 28.12.2016)**
- **Aggiornamento PNA 2018, paragrafo 7**

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. Costituisce misura di prevenzione trasversale a tutte le aree a maggior rischio e coinvolge tutti i processi aziendali essendo strettamente correlata agli obblighi di informazione previsti dalla legge.

Essa consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;

- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie.

Per questi motivi la l. n. 190/2012 è intervenuta a rafforzare gli strumenti già vigenti, pretendendo un'attuazione ancora più spinta della trasparenza, che, come noto, già era stata largamente valorizzata a partire dall'attuazione della l. n. 241 del 1990 e, successivamente, con l'approvazione del d.lgs. n. 150 del 2009.

La l. n. 190 ha previsto che la trasparenza dell'attività amministrativa, "che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione" sui siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni delle informazioni rilevanti stabilite dalla legge.

La l. n. 190 ha previsto una serie di disposizioni che si applicano direttamente a tutte le pubbliche amministrazioni e agli enti pubblici nazionali, compresi quelli aventi natura di enti economici, nonché alle società partecipate e a quella da esse controllate, per la loro attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea, ed ha conferito una delega al Governo per approvare un decreto legislativo avente ad oggetto il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (art. 1, comma 34), esercitata con l'approvazione del d.lgs.n.33 del 2013.

Con il d.lgs. n. 33 si rafforza la qualificazione della trasparenza intesa, già con il d.lgs. n. 150 del 2009, come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Emerge dunque con chiarezza che la trasparenza non è da considerare come fine, ma come strumento per avere una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa.

Le prescrizioni di pubblicazione previste dal d.lgs. n. 33 del 2013 sono obbligatorie, sicché, nei casi in cui l'amministrazione abbia omesso la pubblicazione degli atti, sorge in

capo al cittadino il diritto di chiedere e ottenerne l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto.

La richiesta di **accesso civico (semplice e generalizzato)** ai sensi dell'art. 5 comma 1 e 2 , non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al responsabile della trasparenza dell'amministrazione obbligata alla pubblicazione.

Il D.Lgsl. 97/2016 ha introdotto una nuova forma di diritto **d'accesso civico "generalizzato"** riconoscendo a chiunque , indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ,l'accesso ai dati e documenti detenuti dalla P.A., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Altra rilevante novità introdotta dal D.Lgsl.97/2016 (FOIA) è **l'unificazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione con il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità e la previsione che di norma in ciascuna amministrazione vi sia un unico responsabile prevenzione corruzione e trasparenza.**

L'Azienda, in un primo momento aveva individuato il soggetto responsabile della Trasparenza in un dirigente distinto dal responsabile della prevenzione della Corruzione. Successivamente , **con deliberazione n.689 del 4.9.2014** , la dott.ssa Barbara GRAVERINI, Dirigente responsabile della Struttura Complessa "Attività amministrative del Dipartimento di prevenzione e **trasparenza** dei processi amministrativi" è stata nominata anche **responsabile della prevenzione della corruzione**, unificando nello stesso soggetto ,come previsto dall'art. 43 del D.Lgsl. n. 33/2013 e in ultimo dal D.Lgsl. 97/2016 (FOIA), le funzioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, a differenza della prima fase organizzativa nella quale le funzioni facevano capo a due diversi dirigenti afferenti a due diverse strutture.

Nel corso **dell'anno 2017** sono stati attuati i seguenti obiettivi in materia di trasparenza (più dettagliatamente descritti nell'allegato Piano della trasparenza triennio 2018-2020):

- si è data applicazione ai **nuovi obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgsl. 97/2016** completando le sezioni che risultavano modificate raggiungendo il punteggio 100/100 nel programma "Bussola della TRASPARENZA";
- si è effettuare **il monitoraggio semestrale** di tutti gli adempimenti obbligatori per legge prevedendo procedure/protocolli/modulistica, per la richiesta alle varie strutture dei dati da aggiornare a cadenze temporali prefissate;
- si è regolamentato il nuovo diritto di **"Accesso civico generalizzato"** con specifico regolamento (delibera n. 41 del 29.01.2018 " Regolamento in materia di accesso civico e accesso generalizzato")

Nel corso dell'anno 2018 e 2019 è stato predisposto e pubblicata sul sito della trasparenza il " Registro degli accessi" (previsto da Linee guida ANAC Delibera n. 1309/2016) contenente l'elenco delle richieste di accesso (documentale, civico, generalizzato) con indicazione dell'oggetto, data della richiesta , esito e data della decisione.
E' stato inoltre adottato con delibera n.1016 del 24.12.2018 il "Regolamento unico in materia di accesso civico semplice, civico generalizzato e documentale" .

L'aggiornamento PNA 2018, paragrafo 7 , esamina i **rapporti tra trasparenza e nuova disciplina della tutela di dati personali (Regolamento UE 679/2016) alla luce del decreto di armonizzazione (D.Lgsl.n. 101 del 10 agosto 2018**) al fine di chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.Lgsl. 33/2013.

Viene confermato il principio che il trattamento dei dati personali da parte dei soggetti pubblici è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, occorre che le PP.AA. prima di mettere a disposizione sui propri siti web dati e documenti contenenti dati personali verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgsl. 33/2013 o altre normative di settore, prevedano l'obbligo di pubblicazione.

La pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali quali liceità, correttezza, minimizzazione, limitazione della conservazione, adeguatezza e pertinenza con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Nei casi in cui norme di legge o regolamento prevedono la pubblicazione di atti o documenti, le PP.AA. devono provvedere a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o se sensibili o giudiziari non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione (art. 7 bis, comma 4 D.Lgsl. 33/2013).

(Articolo 31)
MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO "ULTERIORI"
(SPECIFICHE E GENERALI)

Nell'ottica di realizzare un costante miglioramento degli strumenti preventivi e di tracciabilità delle attività vengono individuate quali misure ulteriori di prevenzione, oltre a quelle obbligatorie previste dal PNA (sopra elencate),le **azioni SPECIFICHE** previste per i singoli procedimenti mappati **nell'ALLEGATO 1 " Registro dei rischi"** e lì dettagliatamente elencate, nonché le seguenti azioni **di CARATTERE GENERALE** :

- **Informatizzazione e dematerializzazione dei processi** al fine di consentire la tracciabilità delle diverse fasi con emersione delle responsabilità per ciascuna fase e facilitare azioni di controllo e monitoraggio;

- **Tracciabilità dei processi e delle responsabilità** attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta la verifica del processo in termini di congruità, coerenza e rispetto della normativa;

- **Accesso telematico a dati ,documenti e procedimenti**: ciò consente la diffusione delle informazione sull'attività dell'Azienda e di conseguenza il controllo da parte dell'utenza;

- **Semplificazione dei flussi documentali;**

- **Rispetto dell'ordine cronologico nella trattazione delle pratiche ;**

- **Standardizzazione** delle varie tipologie di procedimenti;

- **Controlli a campione** sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione rese dai dipendenti e dagli utenti;

- **Promozione di convenzioni** tra pubbliche amministrazioni per l'accesso alle banche dati istituzionali;

- **Svolgimento degli atti di controllo/ vigilanza e ispezioni** da parte d i due dipendenti abbinati a rotazione;

- **Ascolto degli utenti e degli stakeholders (Comunicazione)** favorendo il loro coinvolgimento per la verifica dell'efficacia delle azioni adottate con raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento attraverso i canali di comunicazione presenti (URP);

- **Svolgimento di incontri e riunioni periodiche** per divulgare le azioni di prevenzione della corruzione , informare i dipendenti sulle tematiche relative, aggiornare sull'attività dell'amministrazione, far circolare le informazioni e favorire il confronto sulle soluzioni gestionali;

- **Emanazione di circolari e note** ai responsabili delle strutture per informali sugli obblighi contenuti nel presente Piano;

- **Pubblicazioni** sul sito della Trasparenza di tutte le informazioni richieste dalla legge implementando di ulteriori informazioni al fine di dare una esaustiva rappresentazione della realtà aziendale.

(Articolo 32)
RESPONSABILITA' E SANZIONI

Responsabilità del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di **omessa adozione**, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza o **mancanza al loro interno degli obiettivi strategici** per anticorruzione e trasparenza (art.1, comma 8 Legge 190/2012)e dei **Codici di Comportamento**, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000.

Responsabilità del Responsabile della Prevenzione

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento. In particolare:

- **ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012**, il Responsabile della Prevenzione *"In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*

- ***di aver predisposto**, prima della commissione del fatto, il piano di cui al com ma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente arti colo;*
- ***di aver vigilato** sul funzionamento e sull'osservanza del piano".*

Il successivo comma 13, quantifica l'entità della responsabilità disciplinare, a carico del responsabile della prevenzione che "non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi".

Il comma 14 prevede che "in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione contenute nel piano il RPCT risponde per responsabilità dirigenziale e sul piano disciplinare per omesso controllo salvo che provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano"

Le responsabilità previste dal **d.lgs. n. 33 del 2013** per la violazione degli obblighi di trasparenza sono descritte nella SEZIONE Piano TRASPARENZA, art. 21

Responsabilità dei Dirigenti e Dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previste dal presente Piano e nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento da parte dei Dirigenti e Dipendenti dell'azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

I Referenti e i Responsabili di struttura e i Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dai Codici di Comportamento.

Alle violazioni di natura disciplinare si applicano, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, le sanzioni previste dai CCNL e dai Codici disciplinari con riferimento a ciascuna categoria;

Il procedimento di applicazione delle sanzioni, così come disciplinato dal d.lgs. 165/2001 e dal citato regolamento aziendale, garantisce il rispetto dei principi del contraddittorio e del diritto di difesa dell'incolpato.

L'irrogazione di una sanzione disciplinare rileva ai fini della corresponsione

della retribuzione di risultato/produttività collettiva, per la parte correlata alla valutazione della performance individuale e ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti , dei titolari di posizione organizzativa e dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano.

I ritardi degli aggiornamenti dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili dei servizi (art 1, comma 33, Legge n. 190/2012).

Per le responsabilità derivanti dalla violazione del Codice di Comportamento si rinvia all'art. 54 del Decreto Legislativo n. 165/2001, come modificato dal dall'art. 1, comma 44 della Legge n. 190/2012;

Le violazioni gravi e reiterate comportano l'applicazione dell'art. 55 quater ,comma 1,del Decreto Legislativo 165/2001.

(Articolo 33)
NORME FINALI/ ALLEGATI

Per quanto non espressamente previsto dal presente Piano trovano applicazione le norme dettate dalla legge n. 190/2012.

Si approvano col presente Piano tutti gli allegati sotto elencati:

ALLEGATO n. 1): "REGISTRO RISCHI" con mappatura rischi e misure aggiornato a 31.12.2019

ALLEGATO n 2): SCADENZIARIO OBBLIGHI per applicazione misure di prevenzione corruzione (generali e specifiche) e OBBLIGHI di TRASPARENZA anno 2020

ALLEGATO n. 3): "Linee guida sulla rotazione del Personale"

ALLEGATO n. 4): "Scheda di approfondimento sul conflitto di interessi in ambito sanitario"

ALLEGATO n. 5): "Approfondimento delle misure di prevenzione a carattere generale"

ALLEGATO n. 6): "Individuazione indicatori di monitoraggio delle misure di prevenzione a carattere generale "

ALLEGATO n. 7):

- **n. 7/A:** N. 2 MONITORAGGI SEMESTRALI (al 30.06.2019 e al 31.12.2019) SU ATTUAZIONE MISURE PREVENZIONE CORRUZIONE anno 2019

- **n. 7/B** :RELAZIONE ANNUALE ANTICORRUZIONE PER ANAC - ANNO 2019

ALLEGATO N.8:PIANO TRIENNALE TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) 2020-2021-2022

- **n. 8/A**: TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
- **n. 8/B:** N. 2 MONITORAGGI SEMESTRALI (al 30.06.2019 e 31.12.2019) SU ATTUAZIONE OBBLIGHI TRASPARENZA anno 2019.

IL RESPONSABILE
PREVENZIONE CORRUZIONE e TRASPARENZA
(Dott.ssa Barbara GRAVERINI)

La Spezia,28 Gennaio 2020